DE

L'HYSTÉRECTOMIE SUS-VAGINALE

PAR LA VOIE ABDOMINALE

DANS LE

TRAITEMENT DES TUMEURS UTÉRINES

EN DEHORS DE LA GROSSESSE

PAR

Théophile LETOUSEY,
Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Ancien prosecteur de l'École de médecine de Caen,
Lauréat de cette Ecole (1er prix, 1871-72 et 1872-73;
Médaille d'or Le Sauvage, 1873),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

PARIS
V. ADRIEN DELAHAYE ET Cᵒ LIBRAIRES-EDITEURS
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1879

DE

L'HYSTÉRECTOMIE SUS-VAGINALE

PAR LA VOIE ABDOMINALE

DANS LE

TRAITEMENT DES TUMEURS UTÉRINES

EN DEHORS DE LA GROSSESSE

INTRODUCTION.

C'est sous la savante direction de mon cher et vénéré maître M. Tillaux que j'ai osé entreprendre ce travail. Aussi je m'empresse de saisir cette occasion de lui dire publiquement combien je suis reconnaissant de ses leçons, de ses conseils et de son appui.

Je veux aussi remercier mes autres maîtres qui ont bien voulu mettre à ma disposition leurs observations inédites ou leurs excellents conseils.

Enfin plusieurs de mes amis m'ont, par leur connaissance des langues étrangères, été d'un grand secours. Je me fais un devoir de rappeler leurs noms : M. Haranger, interne des hôpitaux, M. Dargaud, M. de Carsenak, et surtout mon jeune ami M. Debrand, élève distingué du service de M. Tillaux.

CHAPITRE PREMIER.

Etymologie. — Définition. — Division du sujet.

Les auteurs se sont servis jusqu'ici du mot *hystérotomie* toutes les fois que dans une opération on enlevait l'utérus en totalité ou en partie. Sans doute au point de vue étymologique ce mot est défectueux puisqu'il signifie incision de l'utérus (ὑστέρα, utérus, et τομή, section). D'après ce sens, toute incision portant sur le tissu utérin, l'énucléation d'un fibrôme, l'opération césarienne, etc., comprendraient un premier temps (opération préliminaire) qui mériterait le nom d'hystérotomie (1). Mais si le mot (comme celui d'ovariotomie) n'avait pas d'autre tort que celui d'une étymologie inexacte, je serais le premier à le respecter et ne m'exposerais point à faire un néologisme.

Or, le sens de ce mot n'est pas précis et c'est là sans doute pourquoi tant de praticiens même instruits ne se font pas une idée claire de cette opération ; une expression impropre amène plus souvent qu'on ne le croit une obscurité dans l'idée qu'on veut représenter.

Voyons donc ce que les auteurs entendent par hystérotomie. MM. Péan et Urdy ne tentent même pas une définition. Si je m'en rapporte au titre de leur travail, je me crois autorisé à définir l'hystérotomie : *L'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie.* Alors quand vous enlevez un fibrôme sous-péritonéal dont le pédicule

(1) Telle est en effet la définition que l'on trouve à cet article dans le dictionnaire classique de Littré et Robin. « Ce mot signifie, en général, *opération césarienne*..., mais on l'emploie encore pour désigner un débridement du col, une incision sur le corps de l'utérus.»

aminci n'est plus constitué que par quelques vaisseaux recouverts d'une enveloppe séreuse, quand surtout ce pédicule, rompu depuis longtemps, n'existe plus et que la tumeur n'a d'autres connexions que des adhérences étrangères à l'utérus (obs. VIII, Péan et Urdy), vous ne pouvez appeler cette opération une hystérotomie puisque l'utérus n'a même pas été touché. Il en est de ces tumeurs sous-péritonéales longuement pédiculées comme des polypes sous-muqueux à l'ablation desquels on n'applique pas le nom d'hystérotomie. « N'y aurait-il pas, dit M. Pozzi, un abus de langage à qualifier ainsi la section de leur pédicule, zone intermédiaire et neutre pour ainsi dire, qui appartient bien moins à la matrice qu'à la production morbide elle-même? »

Mais, me dira-t-on, on ne peut dans la pratique faire ces distinctions, ces divisions dichotomiques, et l'on se trouvera en présence de pédicules volumineux qui serviront de transition naturelle entre les corps fibreux sessiles et ceux qui sont nettement pédiculés. Le fait est incontestable. Aussi pour répondre à cette objection, suis-je heureux de pouvoir m'appuyer sur la grande autorité de M. Péan. Toutes les fois que le pédicule est volumineux, que la section doit déterminer l'ouverture d'un certain nombre de vaisseaux, en un mot quand « l'ablation de la tumeur doit entraîner la perte d'une portion notable de l'utérus, l'opérateur doit sans hésiter recourir à l'amputation sus-vaginale. » Par conséquent les faits répondent bien à la division : ou les tumeurs sont très nettement pédiculées et alors on n'enlève l'utérus ni en totalité ni en partie, ou elles ont un gros pédicule, et dans ce cas on doit enlever la portion sus-vaginale de l'utérus comme si elles étaient sessiles.

Il est encore un autre point sur lequel je crois devoir

attirer l'attention. Quand après avoir fait une incision de l'utérus on énuclée un fibrôme et qu'on laisse l'organe en place, ne fait-on pas une opération bien différente de celle qui consiste à enlever l'utérus en totalité ou en partie? Aussi suis-je contraint de ne pas accepter cette définition de mon excellent maître M. Pozzi : « *Aller sectionner les parois utérines pour extraire les corps fibreux, tel est le procédé opératoire qui constitue l'hystérotomie.* »

Si l'on est persuadé comme moi de la différence profonde qui sépare ces diverses opérations : incision simple, énucléation d'un fibrôme, opération césarienne, excision de l'utérus, on comprendra qu'un même nom ne peut s'appliquer à toutes et on acceptera avec indulgence ma tentative d'introduire un néologisme.

Fait-on une incision sur l'utérus, conservons le nom d'hystérotomie et rendons à ce mot sa signification naturelle.

Mais si on enlève une partie notable de l'utérus, si on l'enlève en totalité, je propose le mot *hystérectomie* dont l'étymologie est υστερα, matrice, et εκτομη, retranchement.

L'analogie plaide en faveur de cette innovation : ne dit-ont pas, en effet, iridotomie et iridectomie ?

En résumé, plus de clareté en séparant des opérations bien distinctes, plus de conformité entre la définition et le sens étymologique des mots, respect de l'analogie, telles sont les raisons qui me font proposer ces noms hystérotomie, hystérectomie.

J'entends donc par hystérectomie l'ablation totale ou partielle de l'utérus.

Or l'utérus est accessible par deux voies : la voie vaginale, la voie abdominale. Dans les cancers du col utérin très limités, dans le prolongement hypertrophique du col, quelquefois même pour certains fibrômes, le chirurgien

pratique l'excision des parties malades, il fait l'amputation du col de la matrice. C'est là une hystérectomie partielle, opération relativement fréquente. Mais dans des cas plus rares, le chirurgien fait l'ablation complète de l'utérus, or tantôt celui-ci est en place (opération de Jean Sauter, de Récamier pour des cancers utérins), tantôt il est en prolapsus et alors on a pour but de guérir cette infirmité ou d'enlever l'organe devenu cancéreux. Telle est l'hystérectomie vaginale complète.

Quand on veut faire l'ablation de l'utérus par la gastrotomie on laisse presque toujours en place une certaine portion du col, on respecte les insertions du vagin : hystérectomie abdominale partielle. Or les indications, le procédé opératoire, les suites de cette opération varient nécessairement suivant qu'il s'agit de néoplasmes utérins ou d'une amputation utéro-ovarique comme complément de l'opération césarienne. Cette dernière opération qui réalise un grand progrès dans la gynécologie est due au professeur Ed. Porro, de Pavie (1). Elle a été étudiée récemment (1878) en France par M. Imbert de la Touche.

Enfin de hardis opérateurs, à la suite de Freund, de Bres lau, n'ont pas craint d'enlever l'utérus en entier avec les insertions du vagin dans des cas de cancer, soit que la ma-

(1) Dans l'opération césarienne, l'incision de la matrice ne se réunit presque jamais par première intention. Il reste donc là un passage toujours ouvert par lequel le sang, les lochies, etc., peuvent tomber dans le péritoine. Voilà sans doute pourquoi l'opération césarienne est si grave. D'autre part, encouragé par les travaux de M. Péan, et voyant que l'hystérectomie est beaucoup moins dangereuse, le professeur de Pavie arriva à cette conclusion, qu'après avoir extrait l'enfant il fallait faire l'amputation utéro-ovarique. Müller, de Berne, préfère enleve d'abord le globe utérin gravide, et en extraire ensuite l'enfant. Récemment, M. Tarnier a pratiqué deux fois cette opération, il a eu un succès.

trice fût à l'état de vacuité, soit que le col cancéreux ne dût pas se dilater au moment de l'accouchement. Quelques succès, au moins immédiats, ont couronné ces entreprises audacieuses.

Pour frapper plus vivement l'esprit du lecteur je vais, dans un tableau d'ensemble, résumer les diverses espèces d'hystérectomies.

HYSTÉRECTOMIE	H. vaginale.	Partielle.	Amputation du col.
		Totale.	Utérus in situ. Utérus en prolapsus.
	H. abdominale.	H. sus-vaginale ou partielle.	1° Comme complément de l'opér. césarienne (Opér. de Porro). 2° Pour des néoplasmes utérins.
		H totale ou opération de Freund (1).	1° Utérus gravide. 2° Utérus non gravide.

Je n'étudierai dans ce travail que l'hystérectomie abdominale sus-vaginale ou partielle dans le traitement des néoplasmes utérins. Mais j'ai pensé qu'il était utile de faire voir quel rang exact elle occupait parmi ces opérations multiples qui ont toutes comme caractère fondamental et commun d'enlever une certaine partie du tissu utérin.

(1) Nous ne connaissons encore aucune opération de ce genre faite en France.

CHAPITRE II.

Historique.

L'hystérectomie par la voie abdominale est une opération de date récente, et, tandis que l'ovariotomie est entrée aujourd'hui dans la pratique chirurgicale courante, l'ablation de l'utérus par la méthode sus-vaginale n'a encore été exécutée que par un petit nombre de chirurgiens. Pourtant, dès 1787, Vrisberg (1), et un peu plus tard, en 1814, Gutberlat (2) avaient donné le conseil d'enlever l'utérus par la gastrotomie dans le cas de dégénérescence de cet organe, mais ils ne l'avaient pas mis en pratique.

On a jusqu'à présent attribué à Ch. Clay, de Manchester (1843), la première opération de ce genre. Toutefois, s'il faut en croire Hennig (3), Gaetano, de Faenza, l'aurait pratiquée dès l'année 1815, et il est incontestable que Langenbeck l'Ancien (4) enleva, en 1825, un utérus cancéreux d'ailleurs sans succès.

Ces cas, tous malheureux, ne devaient pas encourager les chirurgiens dans cette voie ; aussi, pendant une assez longue période, aucune tentative n'a été faite de propos délibéré et les premières hystérotomies sus-vaginales que l'on rapporte dans les auteurs ont été pratiquées après erreur de diagnostic, alors que, l'abdomen étant ouvert, on n'a pas voulu avoir fait une opération inutile et qu'on

(1) Malgaigne. Médecine opératoire.
(2) Siebold's Journal für Geburtshülfe, nov. 1825, vol. V.
(3) Sammlung Klinische Worträge, n° 146.
(4) Hegar, de Fribourg.

a cherché à faire profiter les malades des bénéfices de la gastrotomie une fois commencée. Et cependant, tout d'abord, les chirurgiens n'ont pas été aussi hardis : Lizars en 1825, Dieffenbach en 1826, et plus récemment Atlee (1849-1851), Baker-Brown et d'autres ont reculé devant l'ablation de l'utérus et ont refermé le ventre sans avoir enlevé la tumeur.

Ch. Clay est le premier qui, croyant opérer un kyste de l'ovaire, enleva une tumeur fibreuse de l'utérus. Son opération date du mois d'août 1843. En novembre de la même année, elle était de nouveau pratiquée par un autre chirurgien de Manchester, Heath, pour lequel certains auteurs ont revendiqué à tort la priorité de l'opération.

Un certain nombre de cas semblables se produisirent. Mais le premier succès ne remonte qu'en 1853 et est dû à Burnham, chirurgien américain. Ici encore, on croyait avoir affaire à une affection de l'ovaire gauche.

Suivant le professeur Hegar (1), de Fribourg, c'est un chirurgien de Boston, Kimball, qui a le premier, en 1863, entrepris l'hystérectomie après avoir posé un diagnostic exact. Jusqu'ici, on a attribué généralement cet honneur à Kœberlé ; mais il me semble bien aussi, en lisant l'observation de Kimball, publiée seulement en 1855 dans le *Boston medical and surgical Journal*, que ce chirurgien s'attendait à trouver une tumeur solide de l'utérus.

Viennent ensuite, par ordre chronologique, les cas de Kœberlé (1863), de Storer, de Péan. C'est ce dernier qui a introduit à Paris, en 1859, l'hystérectomie pour les tumeurs fibreuses de l'utérus, et il a inauguré l'emploi de ce mode de traitement par un succès qu'il présenta la même année à l'Académie de médecine.

(1) Hegar, de Fribourg. Loc. citat.

Aujourd'hui, un grand nombre de chirurgiens étrangers, en Angleterre, en Amérique, en Allemagne, en Russie, et même en Espagne et en Italie, pratiquent l'hystérotomie et s'attachent à y apporter chaque jour de nouveaux perfectionnements ; le fait principal est admis ; on ne s'occupe plus que des détails.

Il n'en est pas de même en France. Lorsqu'en 1872 une discussion s'éleva à l'Académie de médecine sur ce sujet, à propos d'une observation de Kœberlé et d'un mémoire de Boinet dont les conclusions étaient opposées à celles du chirurgien de Strasbourg, le rapporteur et l'Académie se rangèrent dans le parti de l'abstention en face des tumeurs fibreuses et fibro-cystiques de l'utérus, se réservant pourtant de revenir plus tard sur cette question. Plus récemment encore, M. le professeur Le Fort, dans sa dernière édition du *Manuel de médecine opératoire*, semble révoquer en doute les cas heureux d'hystérectomie.

Pourtant, un certain nombre de fois déjà l'opération a été pratiquée chez nous ; les succès n'ont pas fait défaut et nous devons à la vérité de citer, comme ayant surtout favorisé ce mouvement, MM. Péan, à Paris, et Kœberlé, à Strasbourg. Deux travaux français, parus dans ces dernières années, et auxquels j'ai emprunté une partie de mes documents historiques et statistiques, celui de MM. Péan et Urdy (1) et la thèse de M. Pozzi (2), relatent déjà un certain nombre d'opérations pratiquées en France, et depuis ce nombre s'est accru dans une assez forte proportion.

Mais voici qu'en Allemagne, une nouvelle méthode va

(1) Péan et Urdy. Hystérotomie ou de l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie. Paris, 1873.

(2) S. Pozzi. De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus. Thèse d'agrég. Paris, 1875.

peut-être remplacer, dans certains cas au moins, l'ablation de l'utérus par la voie abdominale ; c'est l'extirpation des ovaires sains par la voie vaginale pour faire régresser les tumeurs fibreuses de l'utérus. Nous dirons plus loin un mot de ce procédé, dit de castration normale, et nous chercherons à en discuter la valeur. Nous voulions ici en faire une simple mention, comme d'un fait nouveau et qui peut avoir une certaine influence sur l'avenir de l'hystérectomie.

CHAPITRE III.

Indications de l'hystérectomie sus-vaginale.

Si je suivais entièrement l'opinion de Boinet dans son mémoire, opinion acceptée par Demarquay et ratifiée par l'Académie elle-même, cette partie de mon travail serait bien simple et je dirais : *Ou les tumeurs utérines sont compatibles avec la vie et alors respectons-les, ou le cas est plus grave et alors respectons-les encore, parce que la mort est la conséquence presque fatale de l'hémorrhagie ou de l'ébranlement nerveux.*

Mais aujourd'hui (et j'espère le démontrer plus loin) l'hystérectomie, sans cesser d'être une opération très-grave, présente assez de chances de succès pour s'imposer dans un certain nombre de cas. Je les résumerai dans cette proposition générale : Toutes les fois qu'un néoplasme utérin met sous un bref délai la vie en danger, quand dans l'état local ou dans l'état général il n'y a pas de contre-indications spéciales, enfin quand les accidents ne peuvent être

conjurés par un traitement ou par une opération moins dangereuse, on a le droit de pratiquer l'hystérectomie sus-vaginale.

Mais, qu'on le remarque, le chirurgien peut se trouver dans deux circonstances bien différentes. Tantôt il aura fait un diagnostic précis et il se sera décidé à pratiquer cette opération après mûr examen; tantôt son diagnostic sera faux ou incomplet et alors, tenant pour ainsi dire sous sa main une tumeur utérine méconnue, il devra à l'improviste résoudre cette grave question. Doit-on compléter l'opération et enlever l'utérus malade? Ce sont ces deux circonstances que je me propose d'examiner successivement.

§ I HYSTÉRECTOMIE FAITE DE PROPOS DÉLIBÉRÉ.

En France on n'a guère entrepris cette opération que pour des fibrômes simples ou des tumeurs fibro-cystiques. Mais à l'étranger on l'étend aux sarcomes, aux carcinômes etc. de l'utérus (1). D'où trois nouvelles divisions : 1° Fibrômes simples; 2° Tumeurs fibro-cystiques; 3° Cancer.

A. *Fibrômes simples.*

Les fibrômes (fibro-myômes, hystérômes) sont des tumeurs qui se rapprochent par leur nature histologique de la structure de l'utérus normal. Ils se développent toujours primitivement aux dépens de la couche musculeuse de cet organe soit au niveau de son col, soit au niveau de son corps. Aussi me plaçant tout spécialement au point de vue

(1) Hégar aurait pratiqué deux fois cette opération pour combattre une toux opiniâtre symptomatique d'une antéro flexion de l'utérus.

des indications opératoires il me semble naturel d'admettre tout d'abord cette première division : fibrômes du col, fibrômes du corps. Les premiers ordinairement plus petits proéminent dans le vagin ou dans la cavité intra-cerviale et sont souvent pédiculés. Ils sont justiciables de l'excision simple, de l'énucléation ou de l'hystérectomie du col par la voie vaginale, opérations qui toutes sont étrangères à mon sujet.

Le second groupe comprend les tumeurs qui naissent aux dépens de l'utérus dans sa portion sus-cervicale. A l'exemple de presque tous les auteurs je les diviserai en fibrômes *sous-muqueux*, *interstitiels* et *sous-péritonéaux* et j'étudierai successivement les indications que chacun de ces cas peut présenter exclusivement au point de vue de l'hysterectomie abdominale.

a) *Fibrômes sous-muqueux.* — Après avoir ainsi divisé les fibrômes de la matrice, MM. Péan et Urdy, à notre grand étonnement, ont laissé absolument de côté les tumeurs sous-muqueuses. Sans doute elles sont moins importantes que les deux autres et sont bien moins souvent justiciables de la laparotomie. Néanmoins je ne crois pas devoir imiter le silence de l'habile chirurgien que j'ai si souvent l'occasion de citer. Si en effet les fibrômes sous-muqueux sont presque toujours pédiculés et s'il suffit alors d'aller couper leur pédicule après avoir ou non dilaté l'orifice du col, il existe certainement des cas plus rares où leur base d'implantation est large, peu accessible et où l'on ne peut songer à aller les atteindre comme précédemment. Que faudra-t-il faire? A l'imitation des anciens chirurgiens, Nélaton, consulté par M. Gallard dans un cas analogue, conseilla de pratiquer sur la tumeur une longue incision intéressant la muqueuse et les fibres

musculaires superficielles (1). Il espérait ainsi provoquer une énucléation spontanée. M. Gallard ne suivit pas le conseil de Nélaton dans ce cas particulier, mais ultérieurement chez une autre malade il eut recours à cette méthode sans aucun résultat. Elle est d'une grande innocuité et on doit toujours l'employer. A. Bérard donnait en plus de l'ergot de seigle; aujourd'hui les injections d'ergotine me sembleraient bien indiquées après ces incisions. Devra-t-on dans ces circonstances essayer d'exciser la tumeur ? Avec MM. Jarjavay et Guyon (2) je pense que toute méthode opératoire qui ira s'attaquer en aveugle à une tumeur placée dans une cavité si profonde, si vascularisée, est mauvaise et expose à de graves hémorrhagies, à la péritonite, à la septicémie etc. Ainsi quand l'excision est contre-indiquée pour les plus sages chirurgiens, quand l'incision n'a été suivie d'aucun résultat et que la malade continue à avoir ses pertes, quand en un mot elle s'avance progressivement vers une fin prochaine malgré tous les moyens ordinaires, lui refusera-t-on les bénéfices d'une opération radicale? Je sais assurément que le cas tel que je le suppose est extrêmement rare — mais il peut se présenter et, pour mon compte, je croirais le chirurgien autorisé à conseiller l'hystérectomie abdominale. Les conditions indiquées au début de cet article ne sont-elles pas en effet remplies : situation très grave, et impossibilité de l'améliorer autrement ?

En résumé de tous les fibrômes sous-muqueux il n'y a qu'un bien petit nombre de tumeurs sessiles, pour lesquelles on pourra faire la gastrotomie.

(1) Clinique des maladies des femmes, 1re éd., p. 572.
(2) F. Guyon. Thèse d'agrégation, 1860.

b) *Fibrômes interstitiels et dégénérescence fibromateuse en masse de l'utérus* (1). — Autant les tumeurs sous-muqueuses de l'utérus nécessitent rarement la laparotomie, autant celles-ci la nécessitent souvent : voilà pourquoi MM. Péan et Urdy ont avec raison tant insisté sur leur histoire (structure, symptômes etc). Pour moi, je borne mes recherches aux points de leur étude qui peuvent avoir de l'influence sur cette question : dans tel cas de fibrôme interstitiel doit-on pratiquer l'amputation sus-vaginale de la matrice? L'indication à l'hystérectomie abdominale se tire toujours des accidents qui peuvent survenir. Il faut, en effet, que la gravité du mal soit plus grande que celle de l'intervention chirurgicale (Pozzi).

La plupart des fibrômes interstitiels évoluent silencieusement et ne déterminent que des troubles peu durables et légers. Combien même ne se trouvent révélés qu'à l'autopsie!

Mais à côté de ces fibrômes si bien appelés fibrômes *bénins* (Pozzi), il en est malheureusement un certain nombre qui font courir à la femme des dangers sérieux ou qui rendent sa vie absolument insupportable. Ces accidents tiennent à deux grandes causes : 1° l'abondance et la fréquence des hémorrhagies utérines ; 2° la compression exercée par la tumeur sur les organes voisins.

Les pertes utérines ne surviennent pas d'emblée. Les règles, d'abord normales, puis plus abondantes et plus douloureuses, augmentent ensuite de durée. Plus tard, on a affaire à de véritables hémorrhagies qui forcent la malade à garder le lit, et qui la plongent dans une cachexie

(1) C'est évidemment la même affection ; mais, dans ce dernier cas, l'utérus en entier et non plus un de ses points est le siège d'une hypertrophie extrême. Voy. obs. de Perrier.

profonde. Je dois noter cependant que la mort est bien rarement la conséquence de l'hémorrhagie. Le fait que West (1) a signalé parmi ses 96 cas, l'observation du professeur Laboulbène (2) en sont des exemples. Quand, après avoir en vain essayé le traitement médical, alors qu'on aura fait au moment des règles des injections d'ergotine, et que pendant la période intermenstruelle on aura donné à la malade du bromure de potassium (Simpson, d'Edimbourg), que l'électricité peut-être aura été mise inutilement à contribution, quelle autre ressource restera-t-il en dehors de l'amputation sus-vaginale ? Péan, Kœberlé, Tillaux et plusieurs autres chirurgiens français, pratiquent alors l'hystérectomie.

Ici, une discussion s'impose, car, il faut bien le dire, à l'étranger tous les auteurs ne partagent pas les idées de mes savants maîtres.

Depuis longtemps on a signalé un fait de la plus haute importance ; à savoir, que la ménopause jouait un rôle incontestable sur la régression spontanée des fibrômes utérins. Combien de malades ont alors vu des symptômes graves disparaître ou s'améliorer, des pertes inquiétantes cesser ! Chez quelques-unes même, le volume de la tumeur a diminué au point de disparaître presque complètement. Ces faits sont aujourd'hui incontestés, et se trouvent en assez grand nombre dans diverses publications, par exemple dans la thèse de M. Guyon, dans le mémoire de M. Guéniot (3), etc. Le fibrôme ayant une structure analogue à celle de l'utérus normal, on s'explique facilement cette phase commune de régression du fait de la ménopause

(1) West. Leçons sur les maladies des femmes, traduit par Mauriac, 1870, p. 351.

(2) Pozzi. Loc. cit., p. 22.

(3) Guéniot. In Bulletin de thérap. méd. et chirurg., 1872

Partant de cette remarque parfaitement juste, le professeur Hégar eut l'idée de provoquer une sorte de ménopause artificielle et d'enlever les ovaires. Déjà, en 1872, Battey avait pratiqué la même opération, mais dans des cas de troubles nerveux, probablement hystériques : il l'appela *ovariotomie normale*. Hégar a pratiqué deux fois la « castration » chez la femme, et ainsi il a vu cesser les hémorrhagies abondantes symptomatiques de fibrômes utérins. — Roult a suivi cet exemple : dans un cas, les neuf mois qui suivirent l'opération ne furent signalés par aucune perte et le fibrôme diminua de volume. — Même résultat obtenu par Trenholme (de Montréal). Quatre mois plus tard l'état de la malade était excellent; il n'est pas fait mention de la tumeur.

Godell (de Pensylvanie) ajoute à l'indication tirée des hémorrhagies celles qui résultent de douleurs excessives. — Je rapporte en note (1) le résumé d'une de ses observations dans laquelle, cinq mois après l'ovariotomie, on ne pouvait à peine constater l'existence de la tumeur qui avait été assez volumineuse. — Billroth incline beaucoup en faveur de la castration ; le professeur Spielgelberg ne pratique plus d'hystérectomie pour combattre les pertes utérines consécutives à l'existence de fibro-myomes. — Tel

(1) A. B. 33 ans, laitière, menstruée à 13 ans, règles difficiles. A 25 ans, ménorrhagies. Douleurs très-vives dans l'hypochondre attribuées successivement à une congestion palustre de la rate, puis à une affection rénale. Fibrome utérin reconnu en 1876.

Octobre 1877. Ovariotomie normale par le vagin. Suites excellentes : une attaque de dyspnée hystérique.

Décembre 1877. Plus de pertes, plus de douleurs. Le fibrome a diminué de moitié.

Février 1878. Plus de pertes. Son volume est très-diminué, à peine peut-on constater la tumeur.

In The American Journal, 1878. p. 36.

n'est pas l'avis de l'assistant du professeur Freund, le Dr Frankel, qui préfère l'ablation de l'utérus à l'ovariotomie normale.

Cette opération se pratique soit par la gastrotomie, soit par le vagin. Voici quelques chiffres sur lesquels on peut s'appuyer pour donner la préférence à cette dernière :

Castration par incision abdominale,	16 cas	10 guérisons. 6 morts.
Castration par incision vaginale,	17 cas	15 guérisons. 2 morts.

Il s'agit dans cette statistique de cas assez différents au point de vue des indications.

Si la castration par la voie vaginale était une opération bien connue, bien réglementée, nul doute que les résultats seraient plus satisfaisants. Ne la voit-on pas pratiquer tous les jours comme une opération banale dans la médecine vétérinaire ?

Résumant cette longue digression qui n'est cependant pas étrangère à mon sujet, je dirai : l'*ovariotomie par la voie vaginale sera certainement peu dangereuse, elle remédiera peut-être d'une façon efficace aux troubles graves qui résultent de la présence des fibrômes ; enfin, elle aura pour résultat probable d'amener sinon la diminution de la tumeur, au moins de s'opposer à sa marche progressive.*

Aussi étant donné le cas que je supposais, à savoir, une malade épuisée par les pertes, quel ne serait pas mon embarras ! Faudrait-il se prononcer pour l'amputation sus-vaginale de l'utérus ou pour l'ovariotomie ? Il faut un plus grand nombre de cas, il faut surtout une expérience plus grande que la mienne pour trancher une question aussi difficile et sur laquelle mes maîtres ne se sont pas encore prononcés.

Le second groupe d'accidents qui peuvent fournir des indications positives d'hystérectomie sont des troubles de compression. Ils sont nombreux et je les passerai successivement en revue.

L'œdème des membres inférieurs est un des premiers. Il résulte de la stase veineuse et probablement aussi, dans quelques cas, d'un certain degré de cachexie qui accompagne si souvent les fibrômes utérins.

Chez d'autres malades les nerfs du plexus sacré ou quelques branches du plexus lombaire sont plus particulièrement comprimés. Il en résulte des fourmillements dans les membres inférieurs, des névralgies parfois très pénibles et très tenaces et même la paraplégie (Péan) (1).

Souvent les malades éprouvent dans la région lombaire des tiraillements ou des douleurs que l'on doit rattacher au plexus hypogastrique. Ces phénomènes douloureux s'observent surtout quand le fibrôme de moyen volume tend à s'enclaver dans le bassin. M. Péan et M. Pozzi en ont cité un grand nombre d'observations.

Il est une autre complication beaucoup plus rare, c'est l'occlusion intestinale. L'attitude des chirurgiens n'est pas toujours la même. Dolbeau chez la malade du Dr Voisin fit de l'expectation et elle mourut de péritonite. Nélaton, Holdhaure et Broca firent un anus contre-nature, et les trois cas furent suivis d'insuccès. Enfin, Hergott ayant commencé la gastrotomie ne put achever l'opération et la malade succomba (2). Dans tous ces cas, une autre opération, l'hystérectomie sus-vaginale, aurait-elle pu donner des résultats plus malheureux? Je ne le pense pas. J'ai trouvé en effet une observation de Tait (3) où l'amputation

(1) Péan. Cliniq., t. 1, p. 692.
(2) Faucon. Mémoire de la Soc. chirurg., 1873.
(3) Voir les pièces justificatives, p. 180.

sus-vaginale a été pratiquée pour remédier à des accidents d'occlusion intestinale. Cette façon d'agir est bien rationnelle ; elle est moins grave que l'entérotomie, elle procure une guérison radicale de la tumeur et ne laisse pas après elle une infirmité aussi repoussante que l'est un anus contre nature.

Dans la thèse de Milliot (1875), se trouve une observation de fibrôme compliqué d'accidents urémiques. Etaient-ils dus à la compression des uretères? Ces accidents sont bien rares. Je dois rapprocher de ces faits les deux cas signalés par Lisfranc. Les deux malades moururent, la première après une perforation de la vessie, la seconde à la suite d'une fistule de la cloison vésico-vaginale. Il s'agit évidemment de faits trop exceptionnels pour qu'ils puissent avoir quelque influence au point de vue de l'indication de l'hystérectomie. Seulement je pense qu'il sera toujours sage d'imiter Billeroth et de chercher dans les urines des malades atteintes de fibrômes s'il n'y a pas d'albumine. Si on en trouvait d'une façon persistante, si des troubles nerveux d'une nature urémique survenaient, je pense que l'on serait en droit de faire l'amputation sus-vaginale.

Müller a pratiqué cette opération pour guérir radicalement un prolapsus utérin causé et entretenu par un fibrôme qui s'insérait sur le fond de la matrice. Le résultat fut complet, néanmoins la conduite du chirurgien de Berne me semble quelque peu aventureuse.

J'ai analysé les différentes circonstances dans lesquelles on a été conduit à amputer l'utérus par la gastrotomie pour des fibrômes interstitiels, mais il faut bien le dire, dans la majorité des cas, les indications sont mixtes. Presque toujours il s'agit de femmes épuisées par les hémorrhagies,

de femmes anémiées dont les digestions sont pénibles, ou bien qui se plaignent d'œdèmes, de névralgies et qui viennent réclamer une opération qui puisse les débarrasser de leurs souffrances. Quelquefois même le volume considérable de la tumeur et la gêne qui en résulte constitueront la principale indication.

Pour donner plus de précision à ce sujet j'ai fait un relevé de vingt cas de fibrômes ayant nécessité l'ablation de l'utérus. Ils se répartissent de la façon suivante :

Tillaux, Billroth, Castiaux, Hégar,	Pertes abondantes, anémie.
Périer, Tait, Tait, Werneck, Routh,	Volume considérable, gêne, œdème (c. de Périer).
Terrier, Kleberg, Kleberg, Billroth, Horteloup,	Douleurs très vives.
Muller, Muller,	Prolapsus utérin.
Tait.	Obstruction intestinale.

Il est possible, dans certains cas, que les fibrômes interstitiels déterminent une ascite. C'est un nouveau point à élucider. Mais, comme ce cas se présente bien plus souvent dans les tumeurs sous-péritonéales, je me réserve de m'appesantir sur ce sujet dans le paragraphe suivant.

(c) *Fibrômes sous-péritonéaux.* — Nées dans la partie la plus superficielle de la couche musculaire, ces tumeurs tendent à se développer du côté de la cavité abdominale où elles ne rencontrent point de résistance. Elles repoussent le péritoine, s'en coiffent pour ainsi dire et presque toujours deviennent plus ou moins longuement pédiculées. D'abord très-mobiles, elles déterminent ensuite des points de péritonite; des adhérences se forment, celles-ci se vascularisent et il vient un moment où le fibrôme, abondamment nourri par des vaisseaux de nouvelle formation, prend un accroissement rapide et continu.

Ces tumeurs diffèrent donc beaucoup des précédentes. Les fibrômes interstitiels sont pour la muqueuse utérine une excitation permanente et le point de départ d'hémorrhagies incessantes; logés dans l'épaisseur de l'utérus ils ont une grande tendance à produire des phénomènes de compression dans le petit bassin ; les fibrômes sous-péritonéaux sont presque étrangers à l'utérus, ne produisent que dans des circonstances exceptionnelles des métrorrhagies ou des phénomènes de compression des organes pelviens, ils s'accompagnent fréquemment d'ascite et quand leur volume devient énorme ils peuvent amener de graves phénomènes de dyspnée.

L'ascite est loin d'être en rapport avec le volume de la tumeur. Si elle est peu abondante elle ne constitue pas une indication à pratiquer l'amputation sus-vaginale de la matrice. Car, loin d'être une circonstance fâcheuse le liquide ascitique pourra constitüer autour de la tumeur une couche isolante qui s'opposera à l'établissement des adhérences.

Mais il existe des cas où le liquide ascitique est très abondant (20 litres). La ponction est rendue nécessaire ; le

liquide se reproduit ; nouvelle ponction et ainsi de suite. Cependant la malade s'affaiblit et, comme le dit M. Péan, elle ne tarde pas à tomber dans le dernier degré de l'amaigrissement et finalement à succomber épuisée par la soustraction répétée du liquide ascitique ; il y a donc dans ce cas une indication positive de faire l'hystérectomie. M. Kœberlé, à la suite d'un cas analogue où l'opération fut suivie d'insuccès, s'est prononcé formellement contre cette manière de voir. Selon lui on peut voir l'ascite se reproduire et on expose sa malade à de graves chances de péritonite. Et puis cette ascite abondante ne serait-elle pas en faveur d'une tumeur maligne et non d'un fibrôme? L'expérience de Kœberlé, les raisons qu'il donne sont assurément d'un grand poids. Cependant n'est-il pas pénible de laisser une femme mourir sans essayer une opération qui peut la guérir complètement?

La seconde indication à pratiquer l'hystérectomie sus-vaginale dans les fibrômes sous-péritonéaux est fournie par la dyspnée.

Ce point n'est contesté, que je sache, par personne à condition bien entendu que la suffocation ne soit pas passagère et qu'elle constitue un danger réel pour la malade.

L'opération pratiquée par Walker (1), dans un cas de fibrôme sous-péritonéal, ne saurait prendre rang définitif dans la gynécologie. Dans le but de provoquer des adhérences entre la tumeur et la paroi abdominale et d'amener la destruction et l'élimination du fibrôme, ce chirurgien plongea un trocart spécial dans la tumeur. Il le laissa en place plusieurs jours ; la tumeur se mit à suppurer, des accidents graves de péritonite survinrent et ce ne fut qu'a-

(1) Cité par W. Atlee, in Americ. Journal of m. sc., avril 1845.

près de grands dangers qu'une guérison incomplète put être obtenue plusieurs mois après l'opération. L'hystérectomie est évidemment bien préférable.

Après cette longue étude des circonstances dans lesquelles les fibrômes sous-muqueux interstitiels ou sous-péritonéaux peuvent rendre nécessaire l'amputation de l'utérus, il me semble utile de faire quelques remarques générales.

Les fibrômes considérés en eux-mêmes sont des tumeurs bénignes c'est-à-dire qui ne récidivent pas, qui ne s'étendent pas aux organes voisins. Leur ablation sera donc dans les cas heureux suivie d'une guérison complète, définitive et après laquelle on n'aura pas à craindre de récidives.

D'autre part, il convient de prendre en grande considération l'âge de la malade. Est-elle jeune, la tumeur se développe-t-elle rapidement? voilà de nouvelles raisons d'agir. S'approche-t-elle au contraire de la ménopause, les progrès du fibrôme se font-ils avec lenteur ? il faut temporiser autant que possible ; car il est permis d'espérer dans un avenir prochain sinon une guérison complète au moins une amélioration considérable et alors on sera heureux d'avoir épargné à la malade les chances d'une aussi grave opération.

B. *Tumeurs fibro-cystiques.*

Ces néoplasmes sont caractérisés par la présence de vacuoles ou même de grandes cavités creusées dans du tissu fibreux. Je n'étudierai point leur nature intime, leur mode de production, les caractères anatomiques de leur partie solide et de leur partie liquide, leurs symptômes qui sont

parfois assez obscurs, leur diagnostic si délicat et si rarement fait ; ce sont là sans doute des points bien intéressants et qui doivent tenir une large place dans l'histoire de ces tumeurs. Ici je ne dois m'occuper que d'une question : les fibro-cystomes utérins sont-ils justiciables de l'hystérectomie abdominale ? Quand le sont-ils ?

Les tumeurs fibro-cystiques de la matrice ont une marche particulière qui les rapproche des kystes de l'ovaire. Leur marche est en effet rapide, incessante, fatale et vouent la malade à une mort certaine. M. Pozzi les caractérise heureusement de ce mot : tumeurs à marche galopante. C'est là une vérité clinique absolue et dont le microscope n'a pas à nôtre connaissance donné une explication.

De plus, elles semblent se développer de préférence chez des sujet relativement jeunes, quoiqu'il n'y ait rien d'absolu à cet égard. On en a vu avant 19 ans ! (Kœberlé).

Sans doute l'hystérectomie appliquée aux fibro-cystomes est plus souvent suivie d'insuccès. Cette difficulté tient à l'existence très fréquente d'adhérences qui peuvent être générales, et constituer tout au tour une sorte de coque vasculaire, résistante et qu'on n'arrive pas à décoller, sans peine et sans danger. Mais comme leur marche est fatale, je ne crois pas qu'il soit permis d'hésiter. On conseillera donc l'hystérectomie.

Voici comment nous résumerons ces indications.

Quand chez *une femme encore jeune et vigoureuse*, *un fibrôme utérin se développera avec une rapidité extraordinaire, quand les membres inferieurs s'infiltreront, que la face se cyanosera, que des pertes abondantes se répéteront, il faudra faire l'amputation sus-vaginale de l'utérus, et la faire le plus tôtpossible.* En effet, moins on attendra et moins on

n'aura de chances de trouver des adhérences intimes et étendues et plus la malade aura de résistance vitale pour supporter cette grave épreuve.

C. *Sarcôme de l'utérus, épithélioma.*

Comme je l'ai déjà dit, les chirurgiens français ne pratiquent presque jamais l'hystérectomie abdominale dans ces conditions.

Il n'en est pas de même en Allemagne et on sait la hardiesse avec laquelle Freund et ses imitateurs font des extirpations totales de l'utérus y compris les insertions vaginales. Comme je ne m'occupe ici que de l'amputation utérine sus-vaginale, mon cadre est beaucoup plus restreint. En effet, l'amputation du col utérin cancéreux ne m'appartient pas plus que l'extirpation totale de l'utérus.

En se plaçant au point de vue pratique, l'hystérectomie abdominale sus-vaginale ne peut convenir qu'aux cas très-rares et si souvent méconnus de cancer primitif du corps de l'utérus. Le diagnostic de cette affection pour être rarement fait est néanmoins possible. Ainsi Mueller (de Berne) (1), pour préciser le diagnostic dans un cas douteux, pratiqua la dilatation du col avec l'éponge préparée. Le doigt introduit dans la cavité utérine rencontra une tumeur irrégulière. Raclée avec une curette, elle présenta à un second examen les caractères d'une tumeur sarcomateuse. Comme d'autre part son volume avait rapidement augmenté, Mueller n'hésita pas à porter ce diagnostic : sarcôme localisé au corps de l'utérus. L'hystérectomie sus-vaginale fut faite et la malade guérit. Je n'ignore pas certes que la tumeur a de grandes chances de récidiver. Mais cette

(1) Voir les pièces justificatives.

objection n'a-t-elle pas toujours été faite à l'ablation de toutes les tumeurs malignes et les chirurgiens, en présence d'un cancer au début, ne sont-ils pas unanimes aujourd'hui pour l'enlever. La raison tirée de la gravité particulière de la gastrotomie doit entrer néanmoins en ligne de compte ; mais cette raison n'est pas absolue, et peut-être un jour la précision du diagnostic et les perfectionnements du manuel opératoire permettront-ils de la négliger. Aujourd'hui un chirurgien, même prudent mais habitué à pratiquer la laparotomie, laisserait-il un sarcôme du corps utérin évoluer sans essayer d'enrayer sa marche fatalement mortelle?

Comme dans le reste de l'économie toutes les tumeurs malignes ne sont pas opérables. Il faut qu'il n'y ait pas ailleurs de noyaux dus à la généralisation de l'affection cancéreuse. Il faut de plus, que celle-ci soit bien nettement localisée et n'ait point par extension gagné les parties voisines. En un mot, pour être autorisé à enlever un cancer, on doit pouvoir dépasser les limites du mal. Appliquons ces principes à notre sujet. Quand la tumeur maligne sera bien limitée au corps utérin, quand le col de l'organe, quand les cloisons recto-vaginale et vésico-vaginale, quand les organes du bassin seront indemnes, quand enfin il n'y aura ni généralisation, ni infection ganglionnaire, alors seulement on pourra songer à faire l'hystérectomie sus-vaginale. La mobilité de l'utérus, étant un signe de la limitation du néoplasme, est donnée avec raison par Mueller comme une condition indispensable et sans laquelle on serait coupable de tenter une opération radicale. Pour venir à l'appui de cette prudente réserve, je signalerai l'accident qui survint à Kléberg (d'Odessa) (1). En pratiquant l'ablation d'un sar-

(1) Voir les pièces justificatives.

côme, il essaya de détacher des adhérences qui retenaient la tumeur sur les parties latérales du bassin. L'adhérence, au lieu de se rompre, entraîna avec elle la paroi de la veine iliaque, ce qui fut le point de départ d'une très grave hémorrhagie. La malade mourut une heure après l'opération.

Maintenant que j'ai exposé quelles étaient les indications spéciales de l'hystérectomie sus-vaginale dans les différents cas de fibrômes, de fibro-cystomes et de tumeurs malignes de l'utérus, il me reste à signaler en quelques mots certaines indications communes à tous les cas, communes même à toutes les grandes opérations. Elles se résument en cette proposition : *La malade doit présenter une certaine résistance vitale.*

Par conséquent, il ne faut pas qu'elle soit trop affaiblie, il faut surtout qu'elle ait une grande énergie morale. Les plus grands chirurgiens tiennent énormément à cette condition. Péan, Tillaux, Billeroth, etc., n'opèrent que sur les sollicitations de la femme. Ils aiment à ce que celle-ci ait *foi* en leur chirurgien.

§ 2. — Hystérectomie non pratiquée de propos délibéré.

Jusqu'ici nous avons vu dans quelles circonstances on était conduit à pratiquer l'amputation sus-vaginale de la matrice de propos délibéré. Mais qu'il est fréquent de commettre une erreur de diagnostic, et combien d'exemples n'en sont-ils pas fournis par l'histoire de l'ovariotomie ! L'importance de ces faits est telle que l'on doit, même après un examen sérieux, faire toujours quelques réserves quand il s'agit du diagnostic des tumeurs abdominales. Jamais un chirurgien prudent ne s'aventurera à pratiquer la gastrotomie sans être prêt, le cas échéant, à enlever la matrice si

cette opération était nécessaire. Aussi, dans ce qui va suivre, je supposerai toujours qu'il en est ainsi et que l'opérateur a les aides et tous les instruments voulus. Nous distinguerons plusieurs cas.

(*a*) Au lieu d'un kyste ovarique que le chirurgien se destinait à enlever, il rencontre une tumeur fibro-cystique de l'utérus ou un fibro-myome. Que fera-t-il ? Les premiers chirurgiens Lizars, Dieffenbach, s'empressèrent de refermer le ventre et laissèrent la tumeur utérine. Boinet, dans son Mémoire déjà cité, approuve cette conduite toutes les fois qu'il ne s'agit pas d'une tumeur nettement pédiculée. Ainsi, ce sera sans aucun avantage que la malade aura été exposée aux dangers d'une incision exploratrice ! Je partage à ce sujet l'opinion de M. Pozzi et je n'hésite pas à me ranger du côté de Spencer-Wells (1), Krassowski (2), Kimball (3), qui, croyant faire une ovariotomie, pratiquèrent l'amputation de l'utérus, siège de dégénérescence fibro-kystique.

(*b*) Outre le kyste ovarique, il existe une tumeur utérine. Il convient de distinguer deux cas : ou la tumeur utérine est un cancer, où il s'agit d'un fibrôme.

Dans le premier cas, les principes que j'ai émis plus haut sont absolument applicables, et je pense que si la tumeur utérine est opérable, on doit l'opérer soit par l'hystérectomie sus-vaginale, soit par l'extirpation en totalité de l'utérus.

Dans le second cas, c'est-à-dire si la matrice contient un fibrôme ou un fibro-cystome, la conduite du chirurgien ne peut être tracée d'une façon invariable. Le jeune âge de la malade, le grand volume de la tumeur, la facilité avec laquelle on peut l'enlever, la simplicité de l'ovariotomie

(1) S. Wells,
(2) Kranowski, } Voir les pièces justificatives.
(3) Kemball,

déjà faite, voilà autant de conditions qui pousseront le chirurgien à faire une opération complète. Une règle fixe serait éminemment fausse.

CHAPITRE IV

Statistique.

La première statistique faite sur les résultats de l'hystérectomie sus-vaginale est du docteur Routh, en 1764 (1).

En 1866 Caternault (2) élève de Kœberlé, en publia une nouvelle portant sur 42 cas. M. Pozzi a fait justice avec beaucoup de verve des procédés habiles, grâce auxquels l'auteur a su transformer un résultat de 40 0/0 guérisons, successivement en 58,82 0/0 et même en 75 0/0.

M. Péan (3) aurait par des procédés analogues de «sélection» amélioré singulièrement la statistique.

M. Pozzi(4), sur un total de 119 hystérectomies, pratiquées pour des tumeurs fibreuses du fibro-kystique a trouvé une mortalité de 64,7 0/0. Il est à regretter qu'il n'ait pas cru devoir pousser l'analyse des faits plus loin.

J'ai pu réunir un total de 84 cas d'hystérectomie sus-vaginales postérieures au travail de M. Pozzi.

Sur ce nombre, il y a eu 48 guérisons et 36 morts, c'est-à-dire environ 57 0/0 guérisons. Mais ce chiffre a-t-il une grande valeur? Je ne le crois pas. On ne peut, en effet juger

(1) The Lancet, 1863 et 1864.
(2) Caternault. Thèse Strasbourg, 1866.
(3) Péan et Urdy. Loc. cit.
(4) Pozzi. Loc. cit.

une opération, abstraction faite des maladies pour lesquelles on y a eu recours. Enfin, j'ai pensé qu'il serait intéressant de dire quelles ont été des causes de la mort. Le tableau suivant contiendra ces diverses indications.

HYSTÉRECTOMIES — 84 cas dont 48 Guérisons et 36 Morts.

- Fibromes, 65.
  - Guérisons, 39, c'est-à-dire 60 %.
  - Morts, 26 c'est-à-dire 40 %.
    - 7 péritonites.
    - 1 pneumonie.
    - 1 accident cardiaq.
    - 1 hémorrhagie sec.
    - 16 causes mal déterminées.
- Fibro-cystomes 10.
  - Guérisons, 5, c'est-à-dire 50 %.
  - Morts, 5 c'est-à-dire 50 %.
    - 2 chocs.
    - 2 péritonites.
    - 1 septicémie.
- Sarcomes, 21.
  - Guérisons, 2.
    - 1er cas, récidive, 2e mois.
    - 2e cas, pas de renseignements ultérieurs.
  - Morts 2.
- Tum. diagnost. indéterm., 3.
  - Guérison, 1.
  - Morts, 2.
    - 1 choc.
    - 1 septicémie.
- 1 kyste ov. Grossesse, 7e mois, méconnue, 1 guérison.

Plusieurs points m'ont vivement frappé dans ce tableau. Le premier c'est le nombre considérable de morts dont la cause reste indéterminée soit par difficulté réelle, comme dans l'observation du docteur Cartiaux (1), soit par absence d'autopsie, soit parce que les auteurs n'en font pas mention. Il me semble qu'un certain nombre de ces morts tiennent au choc, c'est-à-dire à l'ébranlement nerveux, et il est vraiment remarquable qu'aucun auteur ne l'ait signalé parmi les 63 cas de tumeurs fibreuses que je rapporte.

Ensuite, je n'ai pas un seul cas d'hémorrhagie immédiate

(1) Voir pièces justificatives.

mortelle et il n'y a qu'une malade, celle de M. Horteloup (1), qui ait succombé à une hémorrhagie interne secondaire. N'est-ce pas une preuve que l'instrumentation s'est beaucoup améliorée dans ces dernières années, et que les chirurgiens font mieux l'hémostase? Dans le cas de M. Horteloup, l'hémorrhagie secondaire fut purement accidentelle, consécutive à la rupture spontanée de veines variqueuses du ligament large et ne vint pas du pédicule.

Enfin, tandis que dans les tumeurs fibro-cystiques, la mortalité est de 50 p. 0/0, dans les tumeurs fibreuses elle n'est que de 40 p. 0/0, ce qui tient sans doute à l'absence d'adhérences.

Dans les cancers de l'utérus le pronostic de l'hystérectomie est plus grave ; la mortalité est de 50 0/0. Notons même que les résultats ne sont que des résultats immédiats et qu'ils ne tiennent pas compte de récidives ultérieures.

On se ferait, je pense, une idée trop avantageuse de l'hystérectomie si on s'en rapportait entièrement à ces chiffres. En effet, dit Billroth (2):

« L'exposition d'une statistique, composée de cas publiés çà et là par hasard, présente toujours une image fausse parce que beaucoup de cas n'ont pas été publiés. On ne peut en faire de reproche à personne, car chacun sait que la laparo-hystérotomie est une opération dangereuse ; par conséquent la publication d'opérations isolées qui n'ont pas été suivies de succès n'a pas grande valeur. Si vous voulez connaître la vérité, il faut considérer les statistiques des opérations qui font connaître toutes leurs opérations. »

(1) Voir pièces justificatives,
(2) Lettre du professeur Billroth.

Je me suis conformé aux conseils que le professeur de Vienne a bien voulu me donner, et j'ai demandé à plusieurs chirurgiens allemands la statistique complète de leurs hystérotomies. Presque tous les cas sont postérieurs à 1875 et ont été pratiqués pour des fibrômes.

Péan,	11 cas.		6 guérisons.
S. Wells,	8 —		5 —
Schroëder,	19 —		11 —
Billroth,	8 —		4 —
Freund,	4 —		2 —
Spielgelberg,	4 —		1 —
	54 cas	dont	29 guérisons.

c'est-à-dire environ 53 p. 0/0.

Cette moyenne est en rapport également avec la statistique de Hégar qui m'accuse, sans me donner les chiffres exacts, une mortalité de moitié.

J'ai mis dans ces recherches statistiques un grand désir d'arriver à connaître la vérité et s'il m'est permis de conclure, je dirai qu'en général l'amputation sus-vaginale de l'utérus ne compte guère plus de un succès sur deux cas.

CHAPITRE V.

De l'hystérectomie au point de vue opératoire.

Avant d'entrer dans l'étude de l'opération proprement dite, il me parait utile d'exposer isolément d'abord plusieurs points importants. Alors la description du manuel opératoire pourra être plus suivie et par conséquent plus facile à saisir.

SECTION PREMIÈRE.

A. *Choix d'un anesthésique.*

Le chloroforme est loin d'être, comme on se le figure en France, le seul anesthésique en usage.

Les chirurgiens anglais et surtout les chirurgiens américains ont souvent recours à l'éther. Sp-Wells donne la préférente au bichlorure de méthylène. Il serait plus certain que le chloroforme ne provoquerait pas de vomissements et ne produirait jamais de troubles. Cependant S. Wells lui-même qui l'a employé plus de 600 fois reconnaît trois cas de mort, mais il en attribue deux à ce que l'on ne s'était pas servi d'un appareil spécial. Le troisième ne peut recevoir cette explication, il démontre que cet agent anesthésique n'est pas plus que le chloroforme sans présenter de dangers. Le chloroforme s'emploie sans appareil spécial ; s'il provoque des vomissements on peut les faire disparaître en poussant plus rapidement la chloroformisation Peut-être même vingt grammes d'alcool donnés un quart d'heure auparavant pourraient-ils empêcher ces vomissements (1).

Enfin d'après le docteur Bossin (2), on pourrait provoquer une analgésie chirurgicale prolongée, sans perte absolue de la connaissance, en faisant précéder la choloroformisation d'une injection hypodermique de chlorhydrate de morphine (de 0,81 centigr.)

Quelques chirurgiens allemands ont parfois recours à un mélange de chloroforme, d'éther et d'alcool. Voici la formule du professeur Billroth :

(1) Fonssagrives. Traité de thérapeutique.

(2) Bossin. Thèse, 1879. Paris.

Chloroforme,		100 grammes.
Ether, Alcool pur,	} āā	30 —

A l'exemple de nos maîtres, je pense qu'on n'a pas encore trouvé d'agent anesthésique qui présente une réelle supériorité sur le chloroforme.

B. *Du pouls pendant et après l'hystérectomie..*

Quelle que soit l'opération que l'on pratique, le chloroforme retentit bientôt sur la circulation et en particulier sur le pouls. Il ne saurait en être autrement dans une opération aussi longue que l'hystérectomie. Néanmoins il se passe ici quelque chose de spécial et sur lequel M. Lucas-Championnière a attiré mon attention. Cet habile chirurgien a bien voulu même rédiger une note que je suis heureux de pouvoir insérer dans mon travail. « Tous les chirurgiens, dit-il, ont pu remarquer que chez les femmes auxquelles on fait subir l'ovariotomie ou l'hystérotomie au moment où on entraîne la tumeur au-dehors, si le pédicule est court ou si les tractions sont violentes, un abaissement considérable du pouls se produit. Il devient petit, misérable ; la malade est menacée de syncope et à ce moment l'aide chargé de l'anesthésie est souvent obligé de suspendre le chloroforme.

Cela résulte évidemment de l'ébranlement brutal auquel est soumis tout le système sympathique pendant ces tractions et qui, par action réflexe, retentit sur l'innervation du cœur. »

Dans les jours qui suivent l'opération le pouls présente souvent un caractère remarquable : c'est de ne pas avoir de rapport avec l'état de la température. M. Champion-

nière a souvent observé surtout après le troisième jour, la T. étant de 38°, que le pouls oscillait entre 80 et 140 pulsations. Le pouls est alors affolé en quelque sorte ; il est déprimé ; il ressemble à celui que l'on observe chez les femmes au moment où l'on tiraille fortement le pédicule dans une ovariotomie.

Tel n'est pas le caractère du pouls dans les jours qui suivent l'ablation des kystes ovariques, dont le pédicule long et étroit est si pauvre en filets nerveux.

Aussi M. Championnière rattache-t-il ces oscillations du pouls, ce manque de parallélisme entre la marche de la température et celle du pouls, à la constriction et aux tiraillements que le pédicule subit dans l'hystérotomie. Il est presque toujours en effet très court, très volumineux, et il contient un grand nombre de filets nerveux, d'origine sympathique. Or, la constriction violente exercée par le serre-nœud ou le clamp, les tiraillements subis par le col de l'utérus, par les ligaments larges et même par les insertions vaginales suffisent amplemeut pour expliquer cette allure toute particulière du pouls. Ajoutons que ce sera une des raisons sur lesquelles je m'appuierai pour donner au traitement intra-péritonéal des pédicules une grande supériorité sur le traitement extra-péritonéal, au moins dans un certain nombre de cas.

Dans plusieurs des observations que j'ai recueillies, j'ai constaté ces oscillations du pouls, mais les chirurgiens avaient cité le fait sans s'y arrêter. Voyez les observations de M. Sée, de Billroth, de M. Terrier, de Mueller, etc.

C. *De l'incision. — Influence de sa longueur.*

Pour pratiquer l'hystérectomie, le chirurgien fait l'incision sur la ligne médiane. Il commence à quelques centi-

mètres au-dessous de l'ombilic et la finit à trois ou quatre centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. Parfois il est assez difficile de rester exactement sur la ligne médiane. Ainsi M. Périer ouvrit la gaine du muscle droit antérieur du côté gauche, ce qui n'eût évidemment, comme on le conçoit, aucune influence fâcheuse.

Tracée dans les limites indiquées, la section abdominale est trop courte et ne peut presque jamais donner passage à la tumeur utérine. Aussi est-il toujours nécessaire de la prolonger en haut. Presque tous les chirurgiens contournent l'ombilic du côté gauche. De la sorte, ils évitent plus sûrement le ligament suspenseur du foie et la veine parombilicale qui peut parfois être volumineuse ; enfin, en évitant le tissu cicatriciel de l'ombilic, ils espèrent assurer d'une façon plus complète la réunion immédiate de la plaie.

Dans le cas de hernie ombilicale, Kœberlé conseille de diviser l'ombilic dans toute sa hauteur, de rectifier les lignes formées par le collet du sac que l'on excisera ensuite avec l'excédant de la peau. De la sorte, on obtiendra en plus la cure radicale de la hernie.

La longueur de l'incision n'est pas sans influence sur le résultat ultérieur de l'opération. Toutefois, je pense qu'il ne faut pas en exagérer l'importance. Il vaut mieux faire une incision plus longue que d'exercer des tiraillements considérables pour faire sortir la tumeur. Ajoutons encore que la durée de l'opération peut être beaucoup plus longue avec une boutonnière trop étroite. La conduite de nos maîtres est évidemment très sage. Ils aggrandissent la plaie en haut et en plusieurs fois, si le volume du néoplasme l'exige.

D. *Hémostase.*

Pendant tout le cours de l'opération, le chirurgien se trouve arrêté par un écoulement de sang plus ou moins abondant. Il y a quelques années on n'avait encore recours qu'à la ligature ordinaire avec des fils de diverses substances. Les ligatures perdues faites avec du catgut réalisèrent un grand progrès. Mais l'hémostase a fait un progrès immense lorsque M. Péan a fait fabriquer et a vulgarisé ses pinces, dites pinces hémostatiques, pinces à forcipressure (Verneuil) ou pinces de Péan. Le grand ovariotomiste français a fait varier le mors des pinces hémostatiques de mille façons : nous avons les pinces ordinaires grand et petit modèle, les pinces en T, en cœur, etc., qui rendent de si grands services lorsque le sang s'écoule en nappe d'une surface plus ou moins large, surtout quand des adhérences ont été rompues. Je renvoie aux intéressantes leçons cliniques de M. Péan pour les détails que l'auteur donne sur l'usage si varié de ses pinces. Dans les gastrotomies, elles servent soit pour produire l'hémostase temporaire, soit pour produire l'hémostase définitive. M. Péan ne craint pas en effet de laisser dans la cavité abdominale dix ou vingt pinces à demeure, et des succès répétés sont venus autoriser cette manière de faire. Je ne crains même pas de le dire, si les hémorrhagies sont aujourd'hui si rarement une cause de mort tandis qu'elles l'étaient si souvent autrefois, il faut attribuer pour beaucoup cet heureux résultat à la façon dont les chirurgiens pratiquent l'hémostase et en particulier à l'usage des pinces hémostatiques.

E. *Des adhérences.*

Les adhérences qui s'étendent des tumeurs utérines aux parties voisines peuvent compliquer beaucoup l'opération et créer de sérieux embarras, soit du fait de l'hémorrhagie, soit en amenant des lésions des divers organes abdominaux. J'ai résumé, d'après la thèse de M. Urdy (1874-Paris), les principales circonstances dans lesquelles le chirurgien peut se trouver.

Si les adhérences sont peu étendues, récentes, peu vasculaires, si elles ne résistent pas au doigt, à la spatule, détachez-les. En cas d'hémorrhagies, appliquez une pince hémostatique.

S'il s'agit d'un fibro-cystome avec adhérences intimes, telles qu'on ne puisse les décoller, deux cas se présenteront : 1° ou elles sont limitées. — Alors coupez-les entre deux ligatures ; puis, si le fragment adhérant à l'organe est petit, vous le laisserez libre dans la cavité abdominale ; s'il est plus important, vous l'attirerez au dehors avec le pédicule. Il ne faut que bien rarement aller cautériser ces surfaces saignantes. 2° Ou bien les adhérences sont étendues, ce qui est très rare, et alors il faudra enlever le plus possible de la tumeur fibro-cystique et en provoquer la suppuration partielle. Quoique très graves, quelques cas semblables ont été suivis de succès.

F. *Convient-il d'enlever les ovaires ?*

Quand la tumeur utérine est libre ou rendue libre d'adhérences, que l'ablation simultanée des ovaires ne complique ni ne facilite l'opération principale, convient-il d'enlever les ovaires avec l'utérus ? Je suppose qu'ils sont

sains. Voyons ce qui s'est passé dans les cas nombreux où les ovaires sont restés en place.

Dans un cas (obs. V, Péan et Urdy) l'opérée mourut par hématocèle rétro-utérine, le 11e jour. Cette hémorrhagie avait nettement son point de départ dans une vésicule de de Graaf, siége d'ovulation.

Dans l'observation de M. Horteloup, la mort vint par suite d'une hémorrhagie interne due à la rupture des veines variqueuses du plexus ovarique. Il est permis de supposer que la congestion ovarienne n'a pas été sans influence sur la production de cet accident terrible.

Kœberlé rapporte l'histoire d'une de ses opérées devenue enceinte malgré une hystérectomie antérieure. La grossesse était abdominale et les suites en furent fatales pour la malade.

D'ailleurs, de quelle utilité peut être l'ovaire ? La fécondité ne peut-elle pas être dangereuse pour la femme ? Quant aux rapports sexuels l'absence des ovaires a bien peu d'importance. On voit en effet un certain nombre de femmes privées de leurs deux ovaires et qui conservent néanmoins un grand appétit génital. Telle est l'opérée dont on peut lire plus loin l'observation (du Dr Verneck).

Une autre considération milite encore, ce me semble, en faveur de l'ablation complémentaire des ovaires, surtout lorsque ceux-ci présentent de petites vésicules à leur surface, c'est le développement possible de kystes ovariques.

Enfin, quand dans une hystérectomie le médecin est forcé de laisser avec le col utérin une partie plus ou moins considérable de fibrôme, n'est-il pas plus rationnel d'espérer que celui-ci s'atrophiera d'autant plus que la congestion menstruelle aura disparu plus complètement et que les ovaires auront été enlevés ?

Aussi ce n'est pas sans une profonde surprise que j'ai

vu M. Péan (cliniques) abandonner cette doctrine qu'il avait d'abord professée (Péan et Urdy). M. Péan appuie sa nouvelle manière de voir sur un nombre peu considérable d'opérations ; or, rien n'est plus trompeur que la statistique quand elle ne s'étend pas à la fois sur beaucoup de faits, pris à des sources variées et dans divers pays.

G. *Peut-on réduire le volume des tumeurs utérines pour faciliter leur sortie ?*

Les tumeurs utérines sont loin de ressembler aux tumeurs ovariques. C'est même là une des causes qui rendent l'hystérectomie plus grave. Quand le kyste ovarique est mis à découvert il suffit d'une ou de plusieurs ponctions pour le vider en grande partie, de sorte que l'incision abdominale peut être beaucoup moins grande et l'opération moins sérieuse. Tel est le temps appelé réduction de la tumeur. Cette réduction peut-elle être tentée dans l'hystérectomie ? Je vais successivement repasser en revue les les tumeurs fibreuses, fibro-cystiques et cancéreuses.

a). *Fibromes.* — M. Péan pour arriver à ce résultat conseille et pratique ce qu'il appelle le morcellement de la tumeur. Il a décrit longuement un procédé dans son traité de l'Hystérotomie. Sans doute le morcellement du fibrôme permet de faire une incision abdominale plus courte. Néanmoins Kœberlé, Hégar et d'autres chirurgiens rejettent le morcellement. Il rend l'opération plus longue, ce qui expose à un choc nerveux plus grave et pouvant devenir mortel. De plus, quelle que soit l'habileté avec laquelle on pratique l'hémostase, le procédé de M. Péan expose toujours à des hémorrhagies plus ou moins considérables. N'est-il pas arrivé à M. Péan lui-même pendant le morcellement d'un

fibrôme de voir deux serre-nœuds se desserrer et une hémorrhagie de 5 à 600 grammes se produire (1) ? Enfin le morcellement doit être bien difficile à pratiquer dans certains cas où les fibrômes sont d'une dureté extrême.

Il me semble en résumé qu'une incision plus longue est encore préférable dans la majorité des cas. Si le morcellement doit être appliqué ce ne peut être qu'aux tumeurs extrêmement volumineuses et complètement solides.

Le professeur Hégar, après avoir rejeté le morcellement, pense pouvoir par une autre méthode arriver à un résultat analogue. Hégar établit d'abord que les fibrômes utérins présentent toujours un certain degré d'aplatissement d'avant en arrière : autrement dit leur diamètre antéro-postérieur. Or, lorsque le fibrôme est libre de toute adhérence, et qu'il a été attiré dans l'incision abdominale, il s'y présente de telle sorte que son diamètre transverse se présente pour passer à travers une boutonnière à grand axe vertical. Alors Hégar saisissant la tumeur aux extrémités du diamètre transversal lui communique un mouvement de rotation autour de son axe vertical, de telle façon que le grand diamètre transverse de la tumeur vienne se présenter dans le grand axe de l'incision abdominale.

Remarquons que ce procédé est très rationnel et qu'il peut être comparé au mécanisme de l'accouchement dans lequel l'œuf accommode ses diamètres aux diamètres du bassin.

Toutefois il me semble qu'il ne faut user de ce moyen qu'avec une certaine reserve, autrement on s'exposerait à produire des tiraillements sur les insertions vaginales de l'utérus, peut-être même des ruptures.

Le même chirurgien de Fribourg observe avec raison que

(1) Voir les pièces justificatives.

les fibrômes sont susceptibles d'un certain degré de contractilité et que leur contraction tétanique aurait pour résultat non seulement de diminuer les diamètres de la tumeur mais encore de rendre l'hémorrhagie opératoire moins grave en rendant le fibrôme exsangue. Partant de cette vue théorique, Hégar pense que des essais d'électricité seraient peut-être justifiés, et que dans tous les cas on pourrait employer l'ergotine quelque temps avant l'opération.

b). *Tumeurs fibro-cystiques.* — Ces tumeurs participent en quelque sorte de la structure du fibrôme et du kyste. Rien donc de plus naturel que d'appliquer à leur partie liquide les procédés employés pour réduire le volume des kystes ovariques. La ponction avec un gros trocart sera donc faite. On pourra même la répéter pour chacune des loges de la tumeur. Une précaution est nécessaire : il faut avoir soin dès qu'on a retiré le trocart de placer sur l'ouverture une pince de manière à ce qu'aucun liquide ne puisse s'écouler dans l'abdomen.

c). *Tumeurs cancéreuses.* — Il est rare que l'on opère le cancer utérin lorsque son volume est devenu énorme. Cependant si le cas se présentait il serait, peut-être, plus sage d'agrandir l'incision et de ne pas pratiquer de ponction. Celle-ci pourrait provoquer la sortie des liquides sanieux et de gaz fétides, comme cela se produisit chez une malade de Mueller auquel ce chirurgien pratiquait une hystérectomie complète, d'après le procédé de Freund.

H. *Du pédicule.*

La structure du pédicule dans les tumeurs utérines est bien plus complexe que dans celles de l'ovaire. Des artères,

des veines, des lymphatiques, des nerfs abondants, des fibres musculaire, du tissu conjonctif et une gaîne incomplète de séreuse : tels sont les organes qui le constituent. Ajoutons que par ses connexions, il se rattache intimement aux culs-de-sac du vagin, aux deux uretères et à la vessie. Aussi la façon dont on doit se comporter vis-à-vis du pédicule est-elle de la plus haute importance.

Les chirurgiens ont adopté de nombreux procédés qui peuvent tous rentrer dans l'une ou l'autre de ces deux méthodes que l'on appelle traitement extra-péritonéal et traitement intra-péritonéal du pédicule.

Le traitement extra-péritonéal est à peu près le seulq ue l'on emploie en France. Il consiste à maintenir dans la partie inférieure de l'incision abdominale le moignon constitué par le col de l'utérus après l'ablation de son corps. Pour fixer ce moignon et pour assurer l'hémostase, les chirurgiens se servent de deux sortes d'instruments, le clamp et le serre-nœud.

Le clamp est essentiellement constitué par deux branches articulées comme un compas et entre lesquelles, au moyen de divers mécanismes, on maintient le pédicule serré. La manœuvre de cet instrument est facile et si une hémorrhagie se produit ultérieurement par le pédicule, on peut facilement l'arrêter en augmentant le degré de la constriction. Mais à côté de ces avantages, le clamp présente des inconvénients sérieux. Il produit, dit Kœberlé, une compression très irrégulière, inégale, dangereuse. De plus il presse sur la paroi abdominale, détermine une irrégularité considérable du pouls et pourrait même amener le tétanos.

Les serre-nœuds sont des constricteurs qui se composent d'une vis contenue dans une gaine et entraînant par son mouvement de rotation l'écrou auquel se trouve fixé

un fil de fer dont l'anse peut être ainsi progressivement resserrée (Kœberlé). Le serre-nœud Cintrat est décrit dans le Traité de M. Péan et employé aujourd'hui par un très grand nombre de chirurgiens tant en France qu'à l'étranger. Au-dessous du lien constricteur on fait passer deux broches de fer perpendiculairement entre elles, de manière à maintenir ainsi le pédicule et à s'opposer à sa rentrée dans le ventre.

Le serre-nœud est léger, met généralement à l'abri de l'hémorrhagie. Mais son maniement est quelque peu compliqué, il n'est pas très rare de voir le fil de fer se briser même après qu'il a été préalablement essayé (Castiaux) (1). Il causerait encore trop souvent le tétanos, surtout quand la constriction serait incomplète.

Quel que soit l'instrument employé, dès lors que le pédicule est fixé dans la plaie, on a à redouter plusieurs inconvénients. Parfois, dans les jours qui suivent l'opération, les malades éprouvent les douleurs vives; leur pouls est irrégulier, désordonné. Après une de ces hystérectomies, M. Péan constata chez sa malade que la station verticale était gênée par la traction du moignon utérin. Après plusieurs mois cet inconvénient se dissipa graduellement par l'élongation progressive de la bride, mais celle-ci eût pu se rompre et déterminer de la péritonite. De plus ces adhérences du pédicule à la paroi abdominale constituent une menace habituelle d'étranglement interne. Enfin il se produit une sorte d'infundibulum qui peut être le point de départ d'une suppuration indéfinie.

Hégar, de Fribourg, dans deux de ses observations, suit une méthode que je n'oserais conseiller. Quand le pédicule

(1) Voir pièces justificatives.

(2) Voir pièces justificatives.

extra-péritonéal est abandonné à lui-même, la partie du moignon située au-dessus du lien constricteur se gangrène et finit par tomber spontanément. Hégar, au contraire, provoque la chute de cette partie mortifiée, ce qui me semble toujours inutile et peut provoquer des hémorrhagies graves.

Un chirurgien américain, Moore (de Rochester), a recours à un procédé mixte qui est très ingénieux, mais dont l'application doit prolonger la durée de l'opération. Etant donné un fibrôme utérin, il fait une incision circulaire au niveau de la partie moyenne de la tumeur de manière à n'intéresser que le péritoine, puis il dissèque patiemment le revêtement péritonéal au-dessous de cette incision, enlève ensuite la tumeur, lie les vaisseaux du pédicule, attire au dehors le revêtement péritonéal et le fixe dans la plaie abdominale. Le péritoine qui recouvrait la tumeur forme pour ainsi dire une coupe dans laquelle la sérosité, le pus provenant du pédicule s'épanchent sans pouvoir tomber dans l'abdomen. De plus, le moignon utérin est à l'abri de tout tiraillement.

Le traitement intra-péritonéal du pédicule consiste à laisser celui-ci libre dans la cavité abdominale, après avoir fait l'hémostase soit au moyen de ligatures perdues, soit au moyen de fils dont les extrémités sont ramenées dans la plaie abdominale ou plus exceptionnellement dans une incision faite aux culs-de-sac du vagin. Quelques chirurgiens même placent un serre-nœud ou un clamp sur le moignon utérin qu'ils abandonnent alors dans la cavité abdominale avec l'extrémité de ces instruments. Signalons encore d'autres modes de produire l'hémostase : tels sont la filopressure, l'écrasement linéaire, la torsion, la cautérisation. Sans doute ces moyens sont presque tous défectueux et exposent à des hémorrhagies secondaires. Mais qu'on

le remarque bien, l'idée générale de la méthode est excellente et étant donné qu'on arrive à se rendre maître de l'hémorrhagie d'une façon définitive, il ne sera pas possible d'avoir recours à un autre mode de traitement. Par conséquent c'est dans cette voie que les chirurgiens doivent diriger leurs recherches. Réunion immédiate de la plaie, plus de ces suppurations indéfinies, pas de tractions douloureuses et si dangereuses ; en un mot guérison complète au bout de huit à dix jours, tels sont les résultats du traitement intra-péritonéal du pédicule. Ajoutons enfin qu'aujourd'hui même il est seul applicable quand le moignon utérin est gros et court.

Aussi c'est avec bonheur que j'ai trouvé dans les observations d'un chirurgien russe un nouveau moyen permettant d'abandonner à lui-même le moignon utérin. Je veux parler de la ligature élastique du Dr B. Kleberg, chirurgien d'Odessa. Cet habile chirurgien se sert de drains en caoutchouc, non percés et absolument conservés dans l'eau. Ainsi employés humides, ils ne se brisent jamais et leur emploi est des plus sûrs. Voici comment Kleberg pratique la ligature élastique : « Un trocart d'un centimètre d'épaisseur est enfoncé dans le col de l'utérus d'avant en arrière; le stylet retiré j'introduis par la canule quatre drains élastiques (non troués), longs d'un pied et demi et chacun d'un demi-centimètre de grosseur. La canule est retirée, alors deux des drains sont conduits sous l'ovaire droit et noués après avoir été tirés aussi fortement que possible ; chacun des nœuds est consolidé par une ligature de soie. La même opération est faite à gauche avec les deux drains restants, de telle sorte que la tumeur, les ligaments sacrés, les ligaments ronds et les ovaires se trouvent au-dessus de la ligature élastique. La tumeur et les ligaments sont alors enlevés avec un bistouri à un pouce des ligatu-

res. Dans ce cas particulier, où les artères plus grosses que la radiale furent coupées, il n'y eut aucune hémorrhagie. J'eus la satisfaction d'observer pendant l'extirpation de la tumeur combien les ligatures élastiques s'accommodent facilement des changements de pression ; elles suivent pour ainsi dire le bistouri comme le feraient des organes vivants. Le moignon glisse alors avec les ligatures dans le petit bassin ; les huit bouts des drains émergent de la plaie. Après un nettoyage minutieux du péritoine, huit autres drains en caoutchouc (ceux-ci troués) sont introduits en des endroits différents jusqu'au fond du petit bassin. Tous les drains sont fixés dans l'angle inférieur de la plaie et la cavité abdominale est renfermée par des sutures. » Le moignon se détache vers le douzième jour et on enlève les ligatures élastiques le vingtième jour.

Le procédé de Kleberg étant peu connu en France, je n'ai pas hésité à l'exposer longuement et cela d'autant plus volontiers qu'il me paraît rationnel, qu'il a donné de bons résultats dans les mains de son auteur, qu'il n'oblige pas le chirurgien à se servir d'instruments compliqués et qu'il ne présente aucun des inconvénients reprochés au serre-nœud et au clamp.

I. *Aides. Instruments.*

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître qu'une longue durée de l'opération rend le succès de l'hystérectomie beaucoup moins probable. Le choc nerveux, les hémorrhagies, les inflammations sont en effet beaucoup plus à redouter. Aussi pour abréger cette terrible épreuve, le chirurgien devra-t-il prévoir toutes les complications et avoir à sa disposition des aides expérimentés et un appareil instrumental absolument complet. L'absence d'un instrument peut en-

traîner une perte de temps considérable. Les instruments seront rangés sur une table avec ordre et un aide sera spécialement chargé de les passer au chirurgien.

En voici l'énumération d'après Urdy (1) :

1° Un ou deux clamps (modèle Péan ou B. Brown);

2° Sept ou huit serre-nœuds Cintrat (de grandeur variée);

3° Iustruments pour détacher les adhérences (spatules, grattoirs, etc.);

4° Trocarts à courbure variée (15 ou 20);

5° Tubes à drainage, en métal ou en caoutchouc (et si l'on fait la ligature élastique, tubes humides, et non troués);

6° Aiguilles à manches (droite et recourbée);

7° Une ou deux canules;

8° Des fils métalliques, de plusieurs épaisseurs;

9° De forts bistouris, un petit couteau à amputation;

Ajoutons de plus : des fils à sutures métalliques et autres et en général les instruments ordinaires d'une trousse

Un grand assortiment de pinces hémostatiques, de pinces à griffe, de la charpie, des compresses, des serviettes, les pièces nécessaires pour le pansement, de l'eau froide, de l'eau tiède et de forts écarteurs.

Je ne saurais trop recommander l'usage du lit mécanique construit par M. Mariaud sur les indications des Drs Péan et Cintrat. Ses dimensions et sa configuration ont été combinées pour que l'opérateur et ses aides fussent assis commodément et ne puissent se gêner. Le tronc seul de l'opérée repose sur le lit. Ses membres inférieurs recouverts d'un appareil ouaté sont maintenus dans deux gouttières qui par un mécanisme très simple se meuvent en

(1) Thèse, 1874. Paris.

tous sens de manière à permettre d'écarter ou de relever les membres sans avoir à en supporter le poids. Ces jambières s'adaptent ou s'enlèvent à volonté. Le chirurgien peut s'asseoir entre les cuisses de la malade et il n'est pas besoin de deux aides pour tenir les membres inférieurs de l'opérée.

Avec le lit Cintrat, les aides indispensables sont au nombre de cinq : un pour donner le chloroforme, un pour passer les instruments, deux qui sont assis à côté de la malade, l'un à droite, l'autre à gauche, le dernier pour s'occuper de donner l'eau, les linges, les éponges, etc. Si on fait le pansement de Lister il faut un pulvérisateur à vapeur, où à son défaut un aide sera occupé à pulvériser de l'acide phénique. Il est bon que le nombre de personnes qui assistent à l'opération ne soit pas trop grand.

J. *De la méthode antiseptique.*

Quelle que soit la vérité théorique sur le pansement de Lister, il est un fait incontestable, c'est le progrès immense qu'il a fait accomplir à la chirurgie. Son utilité n'est elle que la conséquence de la propreté minutieuse qu'il nécessite? (Kœberlé.) Doit-on donner une grande importance aux vomissements qui suivent quelquefois les opérations de longue durée et que Kocher (1) attribue à un empoisonnement de la malade par les vapeurs phéniquées? Martins (2) qui partage cette opinion a vainement recherché l'acide phénique dans les urines.

Quoi qu'il en soit, l'immense majorité des chirurgiens ne

(1) Société d'obstét. et de gyn. de Berlin (Berlin Klin. Wochens., 1878).

(2) Ibid.

voudraient point pratiquer une gastrotomie sans appliquer rigoureusement le pansement de Lister. Citons au hasard les noms suivants : Lucas-Championnière, Tillaux, Péan, Billroth, Okshausen, Knowley, Nussbaum, etc. Billroth fait tremper pendant plusieurs jours les éponges dans de l'eau phéniquée. Schrœder (Carl) de Berlin fait l'opération avant la visite des malades. Il prend un grand bain en se levant, revêt des habits non susceptibles de contaminer et en plus suit les principes de Lister. S'il agit ainsi, c'est par la conviction absolue que le péritoine a au plus haut degré la faculté de localiser les inflammations, et que la péritonite ordinaire n'est qu'un péritonite septique (1).

L'opération faite on applique le pansement de Lister et on peut le laisser plusieurs jours; nos maîtres de Paris font ordinairement le second pansement au troisième jour; le professeur de Berlin ne le renouvelle que le neuvième jour. Les pansements ultérieurs doivent se faire comme le premier sous le spray phéniqué. Pour maintenir les pièces du pansement on se sert d'un bandage de corps; MM. Tillaux et Sp. Wells préfèrent qu'il soit en flanelle : de la sorte, il est plus élastique et s'applique mieux aux parties.

Quant au drainage, les chirurgiens sont moins d'accord que sur le pansement antiseptique lui-même. Il me semble qu'on doit d'abord distinguer deux cas suivant que le pédicule est intra ou extra-péritonéal. Dans ce dernier cas, le drainage me semble inutile à moins que par la rupture d'une poche de fibro-cystome il se soit épanché un liquide sanieux dans le ventre. Alors on pourrait faire sortir les extrémités des drains par la plaie abdominale ou bien encore à travers un des culs-de-sac du vagin. — Dans le cas de pédicule intra-péritonéal le drainage fait partie du pro-

(1) Berlin. Klin. Wochens., mars 1878.

cédé de Kleberg (ligature élastique). Dans les autres procédés je ne vois pas d'indications à placer des drains. — Quelle doit être la substance des tubes? Aujourd'hui les drains en caoutchouc sont préférés par l'immense majorité des chirurgiens, et cette préférence se base sur la modicité de leur prix, leur élasticité, et sur la faculté avec laquelle les tissus supportent leur présence.

DEUXIÈME SECTION.

A. *Préliminaires et manuel opératoire de l'hystérectomie.*

Cette partie de mon sujet demanderait plus que toute autre une grande expérience personnelle. Aussi je ne l'aborde qu'après m'être entouré des conseils de mes maîtres et après m'être pénétré des plus minutieux détails dans lesquels les plus habiles chirurgiens sont entrés.

L'hystérectomie est une opération tellement grave qu'il faut tout prévoir : le plus petit oubli, la plus légère négligence peuvent, en prolongeant l'opération, entraîner un malheur. « Dans l'extirpation des tumeurs abdominales, il faut, dit Kœberlé, compter avec l'imprévu et l'inconnu. » C'est ici qu'il faut à l'opérateur beaucoup de sangfroid et de hardiesse, une grande dextérité unie à une expérience consommée.

J'essaierai de le suivre pas à pas, je montrerai à chaque moment de l'opération les difficultés qui peuvent surgir et les moyens propres à les combattre. A l'exemple de M. Péan, je me propose d'étudier successivement : 1° les soins préliminaires ; 2° les divers temps de l'opération ; 3° les soins consécutifs.

§ 1. *Soins préliminaires.*

Avant de songer à pratiquer l'hystérectomie, le chirurgien devra de longue main préparer sa malade à une aussi rude épreuve. Presque toujours elle est épuisée par des métrorrhagies abondantes, par de l'insomnie, par des troubles digestifs. Aussi doit-on relever ses forces : Ch. Clay, Péan, Kœberlé, etc., ont recours à un régime tonique (viandes rouges, vin, ferrugineux, quinquina). Clay, au moins dans les derniers jours, ajoute du fiel de bœuf pour faciliter la digestion, rendre le ventre libre et prévenir le tympanisme sous l'influence duquel l'intestin tend à se précipiter hors de l'abdomen au moment de l'opération. Il est toutefois un conseil que je ne trouve pas formulé d'une façon précise et qui vient tout naturellement à l'esprit : il faut s'adresser à la cause même de l'anémie, c'est-à-dire aux métrorrhargies et à l'irritabilité morbide de la muqueuse utérine. Aussi je trouve rationnel de faire suivre le traitement conseillé par le professeur Alex. Russell Simpson, d'Édimbourg. Dans l'intervalle des hémorrhagies, il donne du bromure de potassium, comme sédatif de l'utérus ; lorsque les hémorrhagies paraissent, il a recours à l'ergotine, et de préférence employée en injection profonde (Hégar).

La malade devra garder la chambre. Elle s'y installera quelques jours au moins avant l'opération, afin de s'y accoutumer. Autant que possible on choisira une pièce bien éclairée, bien aérée, spacieuse et d'aspect gai. La campagne sera préférée à la ville. M. Tillaux fait ses gastrotomies dans une chambre située au fond d'un jardin et absolument isolée du reste de l'hôpital Beaujon. La plupart des

chirurgiens tiennent aujourd'hui à s'entourer de toutes ces précautions.

Le choix du jour où l'on fera l'opération n'est pas non plus indifférent. Ainsi, on a conseillé d'éviter les saisons extrêmes. La température de la chambre sera maintenue environ à 18° (Péan-Henning); mais on évitera surtout les changements trop brusques de la température. Une autre circonstance que l'on ne doit point perdre de vue est, dit M. Péan, la menstruation. Le moment le plus favorable, celui que l'on doit choisir chaque fois qu'on le peut, se trouve compris dans les trois ou quatre jours qui suivent la cessation des règles. On comprend facilement pourquoi : le flux sanguin qui, en se portant du côté des organes pelviens détermine l'apparition des règles, a disparu et l'on a pas à craindre qu'il vienne exagérer la réaction qui se produit fatalement les premiers jours qui suivent l'opération. Enfin, dût-on m'accuser de tomber dans des détails par trop minutieux, il est certain préjugé qu'il faut savoir respecter : je veux parler de l'influence attribuée à certains jours néfastes, au vendredi par exemple. Aussi je pense qu'il est bon de faire comme M. Péan et M. Tillaux et de fixer la date de l'opération d'accord avec la malade elle-même. M. Kœberlé lui fait même recommander de mettre ordre à ses affaires spirituelles et temporelles. Tel n'est pas l'avis de M. S. Duplay, qui cache soigneusement le jour fatal aux femmes qu'il doit opérer. Les uns et les autres en agissant d'une façon si opposée n'ont cependant en vue qu'une même chose, le moral de la malade. Je pense qu'il n'y a pas ici de règle de conduite à suivre invariablement, on tiendra compte du caractère, de l'énergie de la femme. Il faut que celle-ci n'ait pas l'ombre d'une hésitation; on doit l'amener à demander elle-même cette opération; enfin, elle doit avoir une confiance illimitée en son

chirurgien, elle doit avoir foi en lui. C'est là un point capital.

Jusqu'ici on a préparé la malade de longue main, pour ainsi dire, en poursuivant ce triple but : relever les forces vitales, choisir un milieu convenable, soutenir son énergie morale. Il faut maintenant faire les préparatifs plus immédiats.

La veille, la malade aura pris un purgatif; de plus, quelques chirurgiens donnent le matin même un lavement. L'intestin est ainsi dans un état de vacuité qui lui permet de rester immobile pendant plusieurs jours et la malade n'aura aucun effort de défécation à faire, condition favorable à la production des adhérences et à la cicatrisation de la plaie.

Immédiatement avant l'opération, le chirurgien fera le cathétérisme pour vider la vessie.

La malade sera mise sur le lit Cintrat ; on recouvrira ses membres inférieurs d'un appareil ouaté montant jusqu'à la racine des cuisses, puis on les fixera dans les gouttières destinées à cet usage.

La chemise sera relevée jusqu'aux aisselles ; des compresses seront placées sur la ouate au niveau de la cuisse. De cette façon, lorsque l'opération sera terminée, la chemise et le bandage ouaté n'auront point été maculés et il suffira d'enlever les compresses et de rabattre la chemise. On évitera à l'opérée des efforts et des mouvements toujours préjudiciables.

Après avoir jeté un dernier coup d'œil sur les instruments et avoir disposé ses aides, le chirurgien fait donner du chloroforme et se tient prêt à commencer l'opération.

Dès que l'anesthésie est complète, il fait une incision sur la ligne médiane, dont l'extrémité supérieure est à un centimètre au-dessous de l'ombilic et l'extrémité inférieure à

trois centimètres au-dessus du pubis. Si, ce qui arrive presque toujours, la longueur de cette incision est trop petite, avec de forts ciseaux on la continuera en contournant l'ombilic à gauche. L'incision se fera doucement, couche par couche. A mesure qu'un vaisseau sera ouvert un aide épongera ; l'autre placera une pince hémostatique. Arrivé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal on attendra que l'hémostase soit complète et ce ne sera qu'après s'en être bien assuré, qu'on incisera le péritoine soulevé par une pince. A travers cette boutonnière, on introduira deux doigts qui serviront de sonde cannelée pour ainsi dire et sur lesquels on portera le bistouri pour finir l'incision péri tonéale. Alors s'écoule parfois de la sérosité ascitique.

La tumeur apparaît ; alors le chirurgien porte sa main droite dans l'abdomen pour se rendre un compte précis de la situation, vérifier son diagnostic, constater la présence des adhérences s'il y en a, leur rapport, leur degré de solidité, etc. Cet examen, quoique rapide, doit être complet, car il importe que rien ne se fasse à l'aveugle. S'il existe des adhérences, il convient de les rompre, de les décoller ou de les sectionner entre deux ligatures, comme nous l'avons dit plus haut dans un paragraphe spécial. Il peut se faire qu'en les détachant on produise une solution de continuité d'un organe voisin, et surtout des intestins. En face de cette complication, il convient de réunir les lèvres de la plaie par une suture et de continuer l'opération. Parfois le corps de la vessie suit la tumeur et pourrait être blessé. Quant aux uretères, il est vraiment remarquable qu'aucun opérateur ne semble s'en préoccuper.

Si la tumeur est en partie liquide, si même on a quelques raisons de supposer qu'il en soit ainsi, on enfoncera un trocart pour donner issue au liquide et amener une diminution dans le volume de la tumeur. Mais s'il s'agit d'un

fibrome ou d'un cancer, il est préférable d'agrandir l'incision abdominale. On pourra jusqu'à un certain point imiter Hégar, et par de légers mouvements de rotation essayer d'accommoder les diamètres de la tumeur à ceux de l'incision abdominale. Pour faciliter la saisie de la tumeur, on se sert ordinairement de pinces à griffes, à mors très larges, ce qui permet d'exercer sur la tumeur une assez forte traction. Mais on ne saurait trop éviter d'employer la violence, autrement on s'exposerait à arracher les insertions vaginales. Il y a plus, lorsque la tumeur aura franchi l'ouverture abdominale, il faudra la faire soutenir par un des aides. Nous l'avons déjà vu, le poids de la tumeur exerce parfois une traction assez forte pour produire un abaissement considérable du pouls et provoquer même une syncope, si l'aide chargé du chloroforme ne surveillait pas à ce moment la malade d'une façon toute particulière.

Alors l'opérateur devra, suivant le cas, choisir le procédé qu'il emploiera dans le traitement du pédicule, et il se comportera comme je l'ai dit plus haut.

Quelque soit le procédé et la méthode employés, lorsque le pédicule aura été serré fortement, le chirurgien tranchera la tumeur avec un couteau à amputation. Il faut que la section soit faite environ à 3 centimètres au-dessus du lien constricteur. Sans cette précaution, celui-ci glisserait facilement lorsque les vaisseaux de cette partie du moignon se seraient vidés de leur contenu. On vérifie bien si l'hémostase est complète. Il peut arriver que le lien constricteur ait laissé au-dessous de lui une partie de la tumeur. Que convient-il de faire dans cette circonstance? S'il s'agit d'un fibrome, on peut laisser les choses en cet état et finir l'opération. Mais si la tumeur était de mauvaise nature, ce serait une faute grave de ne pas compléter son ablation au moins autant qu'il serait possible de le faire. Dans le cours

de l'opération, des vomissements peuvent survenir et le paquet intestinal être projeté au dehors. Un aide le maintient au moyen d'une serviette chaude et s'oppose à sa sortie lorsqu'il a été réduit.

Quand l'hémostase est faite, on procède à la toilette du péritoine soit avec des éponges phéniques, soit avec des compresses et des serviettes chaudes. Il n'est pas inutile de constater s'il ne reste point dans l'abdomen une pince, une compresse, une éponge, etc. Ces oublis ne sont pas sans exemple. J'en rapporterai un cas, où la malade guérit après l'expulsion spontanée d'une éponge (1).

Il ne reste plus qu'à refermer l'abdomen au moyen de sutures. Je recommande ici une petite précaution. Les aiguilles peuvent déterminer une hémorragie plus ou moins abondante et le sang tomberait dans le péritoine. Voici ce que j'ai vu faire à nos maîtres.

Une serviette chaude, pliée en huit est étendue d'abord sur les intestins ; puis on passe les aiguilles et les fils métalliques en laissant ceux-ci faire une anse très large. Ce n'est qu'aux derniers points que l'on enlèvera la serviette sur laquelle on voit ordinairement une certaine quantité de sang.

Les points de suture se font de haut en bas. Un grand nombre de chirurgiens y comprennent le péritoine pariétal ; quelques-uns font des sutures plus superficielles.

Toutes les variétés de sutures ont été employées. C'est là un point qui n'a guère d'importance et sur lequel je ne crois pas devoir insister. La suture entrecoupée avec des fils d'argent me paraît recommandable par sa simplicité.

L'opération est achevée ; on procède au pansement. Dans le traitement extra-péritonéal du pédicule, il faut protéger

(1) Observation du Dr Werneck.

la peau de l'abdomen en plaçant sous les broches des morceaux d'amadou ou des compresses phéniquées. Pour le reste, on applique le pansement de Lister sans qu'il ait ici rien de particulier. On maintient le tout avec un bandage de corps en flanelle ; on enlève les compresses qui protégeaient le pansement ouaté au niveau de la cuisse ; on abaisse la chemise qui est restée propre et on porte la malade dans son lit.

Les membres inférieurs restent entourés de leur ouate. On les place dans une demi-flexion et une très légère abduction, de manière à ce que les parois abdominales soient dans un relâchement parfait. Le lit doit être préalablement chauffé.

B. — Soins consécutifs.

On aura soin de maintenir la chambre à une douce chaleur. La garde chargée de rester auprès de la malade veillera à ce qu'aucun courant d'air ne se produise. Ces variations de températures peuvent provoquer au moins une bronchite légère et l'on sait combien les efforts de toux peuvent être préjudiciables. Des hémorrhagies, la péritonite, l'ouverture de la cicatrice (Kœberlé), en sont des conséquences. Signalons encore la possibilité du tétanos à la suite d'un refroidissement brusque. Dans sa thèse, M. Pozzi rapporte l'observation d'une opérée de M. Léon Labbé. La garde ouvrit la fenêtre, la malade prit froid ; deux jours après une toux violente se déclara en même temps que le tétanos qui fut mortel.

Puisque les efforts sont en général mauvais, il est clair qu'il faut s'opposer autant que possible aux vomissements qui se produisent souvent. Des boissons glacées, alcooliques, du champagne frappé, des bouillons, remplissent très bien l'indication.

Quelques malades se plaignent de douleurs vives, soit dans le bassin, soit dans la région lombaire. Nous savons que ces douleurs sont en rapport avec les tiraillements exercés sur le moignon utérin. Si les jambes et les crises de la malade étaient étendues, on aurait soin de les fléchir fortement. Mais presque toujours ce moyen ne suffit pas. Aussi a-t-on coutume de donner en outre un opiacé, soit des lavements laudanisés (J. Wells), soit ce qui est bien plus simple, une injection hypodermique de chlorhydrate de morphine.

Une complication qui devient de plus en plus rare, c'est l'hémorrhagie. Tantôt celle-ci se fait à l'extérieur, par le pédicule, comme chez la malade de Krassanski et chez celle de M. Tillaux. Tantôt elle se fait à l'intérieur et alors il s'agit véritablement d'une hémorragie interne. Dans le premier cas, si l'écoulement sanguin est peu abondant, quelques rondelles d'amadou, l'attouchement avec du perchlorure de fer ou la compression exercée avec le doigt sur le point d'où part le sang, suffiront toujours pour triompher de cette petite difficulté ; mais si l'hémorrhagie était très abondante par suite du glissement du clamp ou du lien constricteur, il faudrait soit replacer le clamp et le resserrer, soit pratiquer des ligatures isolées sur les vaisseaux du pédicule. L'application d'un nouveau fil de fer et la constriction du pédicule avec l'instrument du Dr Cintra sont presque toujours d'une réalisation très difficile.

Dans tous ces cas, comme l'hémorrhagie pourrait recommencer, on fera sagement de recourir en plus à un traitement médical, surtout à l'ergot de seigle associé à la digitale.

Telle doit être la conduite du chirurgien dans les hémorragies du pédicule à l'extérieur, mais que peut-il dans les hémorrhagies internes ? Je ne connais pas d'exemple où le

chirurgien ait été appelé assez tôt pour les combattre directement. Si par exception le cas se présentait, si le diagnostic était suffisamment assuré, ne serait-on pas autorisé à enlever les points de suture et à aller combattre le mal dans sa source ? La compression de l'aorte serait utile, mais non suffisante pour conjurer un péril aussi imminent.

Une complication assez rarement signalée, c'est le phlegmon périutérin. M. Péan en signale un cas et la malade guérit. Une autre opérée du même chirurgien eut un abcès périvésical qui s'ouvrit dans la vessie. Il en résulta une fistule vésicale s'ouvrant en bas de la ligne blanche. Ces divers accidents ne présentent rien ici de particulier et doivent être combattus par des moyens appropriés.

J'ai eu l'occasion d'observer, sur l'opérée de M. Tillaux (1), une complication qui n'est pas signalée d'une façon expresse, je veux parler de l'œdème des membres inférieurs dès les premiers jours qui suivent l'opération.

Mueller l'a aussi rencontrée, mais il s'agissait d'un carcinome et l'on sait avec quelle facilité des thromboses se forment dans les veines chez les individus atteints de cancer. Dans l'observation de Kocher (2), dont le résumé est plus loin, on voit que l'opérée eut de l'œdème du membre inférieur droit. Or, la tumeur avait motivé l'hystérectomie.

Le repos et la position seuls suffisent généralement pour faire disparaître cet accident.

Une complication assez rare a été observée par M. Péan chez une de ses opérées ; il se produisit une hernie au niveau de la cicatrice. C'est une raison pour conseiller à toutes les opérées de se soutenir le bas-ventre avec une ceinture, au moins pendant les premiers temps qui suivent la convalescence.

(1) Voir pièces justificatives.
(2) Voir pièces justificatives.

J'ai déjà signalé un inconvénient qui n'est pas très rare dans le traitement extra-péritonéal du pédicule. C'est la rétraction du moignon, ce qui forme au niveau de la partie inférieure de la plaie abdominale un véritable infundibulum qui reste des mois sans se cicatriser. Il est une menace permanente de péritonite ou de résorption putride, et tant qu'il existe la malade ne peut se lever. Des pansements excitants, des injections iodées sont alors utiles, mais la guérison se fait souvent attendre bien longtemps.

Quelle devra être l'hygiène de la nouvelle opérée ?

Le plus grand calme doit régner autour d'elle. Aussi les visites, les conversations prolongées seront-elles interdites; si le sommeil ne vient pas naturellement, il ne faut pas hésiter à faire le soir une injection hypodermique de morphine.

L'alimentation se composera le premier et le deuxième jour de bouillons et potages, on pourra ajouter du vin et du lait. Le troisième jour, si aucune complication ne s'y oppose on pourra permettre un œuf. Le principe général est qu'il faut alimenter ses opérées, et le faire d'une façon progressive. On a parfois signalé un mouvement fébrile passager le premier jour où la malade mange de la viande, c'est une sorte de *febris carnis*.

Les pansements ultérieurs se feront d'après les principes ordinaires de la méthode antiseptique, je n'ai rien de particulier à noter ici.

Quant aux points de suture, il sera prudent de les enlever successivement. Il n'y a que de l'avantage à ne pas y toucher avant le quatrième jour. Toutefois le chirurgien, pour enlever les fils de suture, doit plutôt regarder la plaie que s'inspirer de vues théoriques.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Je diviserai les observations suivantes en trois sections : 1° hystérectomies pratiquées par des corps fibreux ; 2° hystérectomies pratiquées pour des tumeurs fibro-cystiques ; 3° hystérectomies pratiquées pour des tumeurs cancéreuses.

1re SECTION.

Hystérectomies pour tumeurs fibreuses.

Corps fibreux interstitiel de l'utérus (Hystérectomie.)
(Observation recueillie par M. Quérat, externe du service).

Joubert (Justine), 35 ans, blanchisseuse, entrée à l'hôpital Beaujon le 6 mars 1879, salle Sainte-Agathe, n° 5 (service de M. Tillaux).

Cette malade n'accuse aucun antécédent diathéstique soit acquis, soit héréditaire.

Réglée à 14 ans et demi, la menstruation a été longtemps régulière. Devenue enceinte à l'âge de 20 ans, elle accoucha, en 1865, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Vigla, d'un enfant actuellement vivant et bien portant. L'accouchement et les suites ne présentèrent rien de particulier et elle quitta l'hôpital, parfaitement rétablie, au bout de quinze jours.

Aussitôt sortie, elle se remit au travail et se fatigua, dit-elle, beaucoup. Au retour menstruel elle fut prise de douleurs abdominales très vives et obligée de s'aliter; elle rentra de nouveau dans le service de M. Vigla où l'on diagnostiqua une pelvi-péritonite. La malade resta deux mois à l'hôpital et sortit guérie.

A dater de ce moment, sept ans de bonne santé ininterrompue, puis, et sans cause appréciable, des poussées successives de pelvi-péritonite pour lesquelles elle entre :

1° En juin 1874 à l'Hôtel-Dieu (service de M. Hérard) ;

2° En mai 1875 à l'hôpital Beaujon (service de M. Moutard Martin) ;

3° En février 1876 à l'hôpital Necker (service de M. Potain).

Son séjour dans chacun de ces services fut en moyenne de un à deux mois.

C'est après sa sortie de l'hôpital Necker que notre malade vit ses règles devenir plus abondantes et leur durée se prolonger à un point tel que vers la fin de 1876 cette durée était de dix à douze jours.

Toutefois il n'existait *pas la moindre douleur*.

En même temps elle s'aperçut un jour, par hasard, qu'elle portait dans le bas-ventre une grosseur qui, dit-elle, avait alors à peu près le volume de deux poings. Fort intriguée, elle vint à Lariboisière consulter M. Tillaux qui diagnostiqua *un corps fibreux utérin* et dit à la malade qu'il n'y avait pas lieu d'intervenir, pour le moment du moins ; mais que si plus tard, tout traitement ayant échoué, la tumeur donnait naissance à des accidents graves, on pourrait tenter une opération.

La malade passa un mois dans le service de M. Tillaux et de là fut envoyée au Vésinet.

A sa sortie de cet asile, elle est prise d'une métrorrhagie aussi abondante que rebelle pour laquelle elle entre dans le service de M. Guyon, à l'hôpital Necker.

Elle y est soumise à un traitement en règle (julep avec ergot de seigle, injections sous-cutanées d'ergotine, immobilité, bains), traitement qui reste sans grand effet.

La métrorrhagie s'arrête au bout de vingt jours, mais l'écoulement sanguin persiste à l'état de stillicidisme.

Elle quitte l'hôpital au bout de deux mois et demi tout à fait désespérée et renonçant à chercher une guérison qui lui paraît impossible, elle se remet au travail ; mais les métrorrhagies deviennent de plus en plus fréquentes ; commençant avec les règles elles se prolongeaient pendant douze, quinze et même vingt jours par mois. La tumeur abdominale a pris des proportions énormes et gêne considérablement la malade. De plus, dès que celle-ci se fatigue, ses membres inférieurs, quelquefois les membres supérieurs, s'œdématient.

La santé générale s'altère rapidement et la malade tombe dans un état d'anémie extrême. Fréquemment elle a des éblouissements,

et quand elle monte l'escalier, des bourdonnements d'oreilles et des vertiges. C'est alors que se souvenant des paroles de M. Tillaux et se rattachant à ces dernières espérances, elle vient le supplier de l'opérer.

Elle est admise le 6 mars 1879 à l'hôpital Beaujon.

Etat actuel. — La malade est très faible, profondément anémiée. Les gencives, la conjective, la muqueuse vaginale sont presque exsangues. La peau est d'un blanc mat avec une teinte jaunâtre, plus marquée à la face.

En auscultant le cœur on perçoit à la base et au premier temps un souffle doux et léger qui se prolonge sur le trajet des vaisseaux du cou. Le pouls est normal comme fréquence, mais très faible.

Rien du côté des voies respiratoires.

A l'inspection de l'abdomen, on constate que cette région est extrêmement volumineuse, globuleuse, à tuméfaction centrale.

Le palper dénote l'existence d'une tumeur énorme qui, en tenant compte du relief qu'elle forme, dépasse l'ombilic de 7 centimètres sur la ligne médiane et le dépasse de côté de 13 centimètres. Le point culminant de cette tumeur est situé sur la ligne médiane à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic, à 13 de l'appendice xiphoïde, à 19 de chaque épine iliaque.

Au niveau de ce point culminant la taille de la malade mesure 96 centimètres de pourtour.

La peau n'est altérée ni dans sa consistance ni dans ses rapports. Elle est, comme dans les autres parties du corps, d'un blanc mat, avec une légère coloration jaunâtre.

Pas de veinosités.

Au-dessus, on trouve la tumeur qui est mate à la percussion, résistante au toucher et d'une dureté particulière qu'on peut spécifier du nom de *fibreux*.

Elle se déplace facilement et en bloc sous la pression de la main; le déplacement semble se faire plus complètement de gauche à droite qu'en sens interne.

La malade a constaté elle-même cette mobilité et nous dit que chaque matin, à son réveil, elle trouvait la tumeur partie tout entière vers les côtés sur lequel elle était couchée.

Il n'y a pas d'ascite.

Au toucher vaginal on trouve le col normal porté fortement en avant et caché derrière la symphise pubienne. Les culs-de-sac sont

remplis, le cul-de-sac latéral droit surtout, par la tumeur et il est facile de s'assurer par la sorte de pondération que l'on établit entre le doigt introduit dans le vagin et la main placée sur l'abdomen que cette tumeur fait absolument corps avec l'utérus.

Aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée.

L'état général est mauvais par suite de l'état d'extrême anémie dans lequel la malade est tombée et qui ne fait qu'augmenter de jour en jour.

L'amaigrissement est notable. De plus, la malade se plaint d'une céphalgie assez intense et presque continuelle. Les urines sont très mal gardées. Dès qu'il en existe une quantité même très minime dans la vessie, leur évacuation devient urgente.

Quant à leur composition elles sont absolument normales et ne renferment ni sucre, ni albumine, etc.

L'appétit est excellent, la digestion bonne. Pas de constipation. En somme, à part quelques vomissements bilieux, l'état gastro-intestinal ne laisse rien à désirer.

Les nuits sont bonnes; souvent pourtant le sommeil est interrompu par suite de la gêne qu'occasionne la tumeur en se portant tout d'un bloc d'un côté et d'autre, suivant le décubitus de la malade.

Pas de gêne de la respiration; apyrexie absolue. L'écoulement de sang est abondant. Le sang est d'un rouge vif et sans mélange d'écoulement muqueux utéro-vaginal.

La malade est mise au repos le plus absolu. Toniques, ferrugineux.

L'écoulement cesse le 10 avril; il ne doit plus reparaître, dit la malade, qu'avec l'époque menstruelle, vers le 29 ou 30 avril.

M. Tillaux profite de cette circonstance pour se disposer à agir, vu la gravité de l'état de la malade et son insistance à réclamer l'opération. Aussi se montre-t-elle très heureuse de la décision de M. Tillaux.

La malade est mise à la diète le 17 avril; on la purge le lendemain avec 30 grammes d'huile de ricin, et l'opération est faite le 19 avril avec l'assistance de MM. Lucas-Championnière, Périer, Marchand.

Opération. — Justine Joubert est transportée dans une chambre spéciale au fond des jardins de l'hôpital Beaujon.

Toutes les précautions d'usage pour les opérations de ce genre, petit nombre des assistants, température de l'appartement, aéra-

tion, etc., sont minutieusement prises. De plus, M. Tillaux ayant décidé de faire usage des procédés de Lister, l'atmosphère de la chambre a été saturée à l'avance de vapeurs chaudes de spray phénique.

Les bistouris et autres instruments destinés à l'opération, comme aussi les éponges, ont été plongés dans une solution d'acide phénique au vingtième.

La malade est couchée sur le lit Cintrat. Les membres inférieurs écartés et enveloppés de plusieurs couches d'ouate entourée d'un bandage roulé.

On donne le chloroforme.

Une fois la malade en résolution, M. Tillaux commença par vider la vessie, à l'aide du cathéter, de l'urine qu'elle pouvait contenir. Puis il pratique sur la ligne médiane de l'abdomen une incision allant de 1 centimètre environ au-dessous de l'ombilic jusqu'à 2 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. Il dissèque couche par couche la paroi qui ne présente que très peu de tissu adipeux et il arrive bientôt sur la tumeur qui est d'une coloration rouge vineuse et qui donne au doigt la sensation d'une dureté fibreuse qui confirme, pièces en main, le diagnostic.

Pas d'adhérences apparentes. Jugeant d'après le volume de la tumeur que l'incision qu'il vient de faire est insuffisante, M. Tillaux la prolonge de 6 cent. au-dessus de l'ombilic en contournant cette partie par la gauche. L'hémorrhagie provenant des vaisseaux de la paroi divisée est arrêtée à l'aide des pinces hémostatiques au fur et à mesure qu'elle se produit.

La plaie est asséchée à l'aide d'éponges imprégnées d'une solution phéniquée au vingtième.

Les lèvres de la plaie étant écartées, on constate que la tumeur adhère un peu à droite à la face postérieure de la paroi abdominale antérieure. Adhérences qui sont probablement le reliquat anatomique des nombreuses pelvi-péritonites de la malade. On trouve de plus, à ce même niveau, cinq ou six petits kystes, transparents et variant du volume d'un œuf de pigeon à celui d'un œuf de poule. La présence de ces kystes tient peut-être à ce que la trompe de ce côté, rendue adhérente par les pelvi-péritonites de la malade, n'a pu s'adapter à l'ovaire correspondant et qu'un certain nombre de pontes mensuelles s'est perdu dans le péritoine et y a donné naissance à ces kystes.

Toutefois, de crainte d'augmenter le traumatisme, on les laisse en place, comme aussi les ovaires. On sectionne les trompes et sur chacune d'elles on place un fil. Les adhérences peu fortes d'ailleurs sont rompues graduellement par des tractions modérées.

Quelques-unes d'entre elles, vasculaires, sont liées au catgut. Ceci fait, on fait basculer pour ainsi dire la tumeur d'arrière en avant et on l'attire en bas à travers l'ouverture de la paroi abdominale à l'aide de serviettes et de compresses de flanelle chaudes.

La tumeur placée ainsi que nous venons de le dire, M. Tillaux la transperce d'arrière en avant avec une broche en fer de 14 millimètres de circonférence.

Cette transfixion est faite aussi bas que possible et en rasant avec le trocart la symphyse pubienne tout en ayant garde de léser la vessie.

Alors, et la tumeur étant soutenue par un aide, on passe au-dessous de la broche une anse de fil de fer de la grosseur d'une épingle à cheveux et on fait la constriction du pédicule avec le serre-nœud de Cintrat. Pour plus de sécurité on transperce de nouveau la tumeur environ à 2 cent. au-dessus de cette première ligature avec deux autres broches disposées en croix, mais plus petites et seulement de la grosseur d'une épingle à cheveux.

Puis au-dessous de cette seconde transfixion on passe une seconde anse métallique de même grosseur que la première et que l'on dispose de même façon.

Ceci fait, M. Tillaux opère la section de la tumeur avec le bistouri et en procédant d'arrière en avant.

La section est faite à 2 cent. environ au-dessus des broches superficielles.

On assèche bien le péritoine à l'aide de serviettes chaudes et d'éponges montées ; on enlève les pinces hémostatiques.

Les vaisseaux donnant encore sont liés au catgut, puis fixant le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie on procède à la réunion de la paroi.

L'intestin étant protégé par une serviette introduite dans la cavité abdominale et formant tégument, pour ainsi dire, au-dessous de la plaie et dans toute sa longueur, l'on fait six points de suture profonde, c'est-à-dire en serrant tous les tissus de la paroi abdominale, y compris le péritoine. Les points sont en fil d'argent et disposés en suture entrecoupée.

On commence par tordre avec une pince le fil le plus rapproché de l'extrémité supérieure de la plaie, en affrontant aussi autant que possible les lèvres de cette plaie, puis le fil suivant, puis le troisième et ainsi de suite en descendant vers le pubis, jusqu'aux deux derniers fils que l'on maintient écartés.

On profite de cet entrebâillement de la plaie pour retirer par une traction modérée la serviette qui a servi à empêcher l'intestin d'être pris dans les anses métalliques. On tord les deux derniers fils et on rectifie les contours de la plaie à l'aide de cinq points de suture superficielle.

Le pourtour de la plaie est lavéc avec une solution phéniquée au quarantième. On place au-dessous des broches, de crainte qu'elles ne lèsent la peau, des carrés de gaze phéniquée imbibée de la solution au quarantième,

On en dispose également une couche assez épaisse sur le pédicule. Toute la portion suspédiculaire de la plaie est recouverte de protective; par dessus le tout on place une grande pièce de pansement recouvert également de protective, et par dessus le tout on place une grande pièce de pansement recouvrant tout l'abdomen et constituée par huit doubles de gaze phéniquée entre lesquels est intercalé un morceau de même dimension.

Par dessus ce pansement, d'épaisses couches d'ouate, et par dessus les couches d'ouate un bandage de corps en flanelle, légèrement serré.

La malade est portée dans son lit préalablement chauffé. On la couche sur le dos, les cuisses fléchies sur le bassin et les jambes fléchies sur les cuisses. Elle est maintenue dans cette position, à l'aide d'un coussin assez volumineux placé sous les jarrets.

L'opération a duré en tout une heure et un quart. La malade revient à elle ; elle est très heureuse d'avoir été opérée.

M. Tillaux prescrit une demi-bouteille de champagne, du rhum et du consommé.

(Voir l'examen anatomique.)

Le 20 avril, deuxième jour, la malade se trouve très bien et n'a aucunement souffert. Elle urine bien (les urines normales sont parfaitement gardées). La nuit a été bonne (quatre heures de sommeil). On ne touche pas au pansement.

Mêmes prescriptions, Temp. 37°. Pouls 78.

Le 21 avril, 3e jour. Etat toujours très bon ; pas l'ombre de douleurs.

On supprime le champagne ; le pansement est laissé en place.

Le 22 avril, 4e jour. L'énervement de la malade a cessé avec l'usage du champagne. Elle est très gaie ; a bien dormi ; l'état gastro-intestinal ne laisse rien à désirer.

On enlève le premier pansement : la peau est blanche, l'affrontement des bords de la plaie très exact.

En bas le pédicule se présente sous la forme d'un moignon rougeâtre étalé comme un champignon.

Aucune trace d'inflammation. Même pansement.

Pendant toute la durée de ce pansement on a le soin de saturer l'atmosphère ambiant de vapeurs phéniquées froides à l'aide du vaporisateur Charrière, et d'en projeter pendant quelques minutes le courant sur l'abdomen et la malade.

Température : matin, 39° ; soir, 39°,2. Pouls, 96.

Le 23 avril, 5e jour. Même pansement. La malade est de plus en plus gaie, n'éprouvant aucune douleur et se trouvant, dit-elle, beaucoup mieux qu'avant l'opération.

Elle n'a eu que trois réveils pendant la nuit. La température est tombée à 37° ; elle remonte le soir à 39°. Le pouls, 90.

Le 24, 6e jour. T. 38,3, matin ; soir, 38,8. 120 pulsations.

Un seul réveil pendant la nuit. Etat excellent. Le pédicule a pris un aspect gris rougeâtre et il existe une petite douleur limitée au moignon utérin, indice favorable d'un commencement de travail d'élimination. Rhum, tapioca.

Le 25, 7e jour. T. 33,6, matin ; 38,8, soir, Pouls 112.

Une nuit absolument calme ; sommeil plein ; selles abondantes normales ; quelques petits picotements dans le moignon. Rhum, houblon comme tisane, tapioca, côtelette, bordeaux.

Le 26, 8e jour. Temp. 38,6, matin ; 37,8, soir. Pouls, 92.

Quelques petites douleurs. Un peu de suppuration. La malade a bien dormi et se trouve très bien. Même régime.

La plaie est réunie dans toute sa longueur par première intention.

Le 27, 9e jour. L'état de la malade est toujours excellent.

Toutefois ses douleurs, d'ailleurs localisées au pédicule, sont un peu plus fortes. La suppuration est plus abondante.

Temp. 37,8, matin ; 38,6 soir. Pouls. 96.

Le 28, 10e jour. Même état. Beafteck, œuf à la coque.

Temp. 37,8, matin ; 38,4, soir. Pouls 94.

Le 29, 11e jour. La malade a eu pendant la nuit (vers minuit et demi) une petite hémorrhagie (d'environ 100 gr. de sang) qui s'est arrêtée spontanément.

Cette hémorrhagie qui semble avoir eu pour origine la partie inférieure du pédicule est survenue à la suite d'efforts que faisait la malade pour aller à la selle.

Il faut songer aussi que nous sommes au moment indiqué par la malade comme étant celui de son époque menstruelle.

La malade se trouve d'ailleurs toujours très bien.

Temp. 37,2, matin ; 38, soir. Pouls 102,

M. Tillaux ne change pas le pansement et prescrit un lavement simple, l'immobilité absolue; même régime.

On met une plaque de carton à la portée de la malade en lui recommandant d'exercer une compression méthodique sur son abdomen avec cette plaque dans le cas où l'hémorrhagie reparaîtrait.

Le 30, 12e jour. On change le pansement. Tout le pourtour du pédicule est sphacélé. Au centre on aperçoit une partie d'un blanc rosé ; ce sont des vestiges d'un fibrôme. Même pansement; même régime.

Temp. 38,4, matin. A 11 heures du matin nouvelle hémorrhagie d'environ 250 gr. qui s'est arrêtée par la compression que la malade a exercé elle-même sur son abdomen. On défait le pansement; le pédicule est recouvert par une énorme coagulum (l'hémorrhagie provenant de la partie supérieure du pédicule au point d'émergence de la grosse broche).

On exerce une compression en masse avec des plaques graduées d'amadou imbibées de la solution phéniquée au quarantième.

La malade est pâle, défaillante, elle a quelques petits frissons ; le pouls est très faible ; en un mot elle est sous le coup d'une syncope. Un verre de bordeaux ; rhum.

La malade remonte un peu. A cinq heures de l'après-midi, troisième hémorrhagie qui s'est produite heureusement pendant la visite de l'interne de garde.

Ainsi elle est arrêtée instantanément; la malade n'a perdu que très peu de sang. Même pansement mais plus compressif.

Le soir, temp. 39,5 ; 140 pulsations.

Le 1er mai, 13e jour. La malade est revenue à peu près à son état habituel, mais la nuit a été agitée, la soif vive.

La temp. du matin est de 39,6; le pouls 124.

On enlève le pansement; sous l'influence de la compression le pédicule est revenu sur lui-même, il est comme tassé. M. Tillaux décide de suspendre le pansement de Lister, et badigeonne tout le pédicule avec du perchlorure de fer pur. Il tasse ensuite sur toute la surface et sur le pourtour du pédicule des petits tampons d'amadou imbibés de perchlorure de fer pur.

Plusieurs larges plaques d'amadou sont surajoutées. Par dessus on dispose un gros gâteau de charpie et le tout est comprimé assez fortement à l'aide d'un bandage de corps en flanelle.

On prescrit une potion avec 4 gr. d'ergotine et 0,20 centig. de poudre de digitale.

Le soir la malade se trouve beaucoup mieux; elle supporte parfaitement la compression et a mangé de très-bon appétit. La température est tombée à 38,2. Le nombre des pulsations à 96.

Le 2 (quatorzième jour). Même pansement. Le pédicule est comme momifié.

Nuit très-bonne. Pas de douleurs. Un peu de constipation. Lavement.

Beaftek, asperges, bordeaux.

Temp. 38,2 matin. 39,4 soir. Pouls 100.

Le 3 (quinzième jour). Un peu de sécheresse de la gorge. Il s'est produit un petit suintement de sang par le vagin, absolument semblable, dit la malade, à celui qu'elle remarquait lorsque ses règles étaient sur le point de s'arrêter.

Temp. 37,6 matin, 38 soir. Pouls 98. Pansement amadou sans perchlorure.

Le 4 (seizième jour). Temp. 37,4 matin. 37,9 soir. Pouls 87. Le suintement sanguinolent continue mais faiblement; un peu de dysphagie.

Le 5 (dix-septième jour). L'écoulement vaginal a cessé. Etat excellent, suppuration assez abondante sur la partie latérale droite du pédicule dont les bords semblent sur le point de se séparer de la partie centrale. Temp. 37,4 matin, 38 soir. Pouls 90.

Le 6 (dix-huitième jour). M. Tillaux enlève l'une des petites broches et excise avec des ciseaux courbés une grande partie du

pourtour pédonculaire peu adhérente et racornie par le perchlorure.

Temp. 37,2 matin, 38,3 soir. Pouls 80.

Le 9 (vingt et unième jour). Le moignon se rétracte de plus en plus et l'ouverture se rétrécit d'autant plus formant une sorte de petit puits où s'accumule le pus et au fond duquel on aperçoit un mamelon gris roux constitué par le dernier vestige du fibrôme.

On obture la dépression avec une touffe de charpie imbibée de la solution phéniquée au quarantième.

Par dessus un gâteau de charpie et le bandage de corps en flanelle.

Temp. 37,8 matin, 37,6 soir. Pouls 75.

L'état général et local de la malade se maintient très bon. Dans les jours suivants, la dépression pédiculaire se rétrécit de plus en plus, tout en suppurant assez abondamment. On cesse de prendre le pouls.

Le 13 (vingt-cinquième jour). On change la malade de lit.

Le 14 (vingt-sixième jour). Elle est transportée dans la salle commune.

Le 18. On commence à la lever et à l'asseoir dans un fauteuil.

Le 24. On enlève l'appareil ouaté qui protégeait le membre inférieur et le 25 on l'autorise à se promener.

Depuis, son état n'a fait que s'améliorer de jour en jour.

Elle a considérablement engraissé; son visage a pris des couleurs, le souffle anémique a disparu. Elle est levée du matin au soir et n'éprouve pas la moindre gêne, pas la moindre douleur.

L'ombilic pédiculaire s'est graduellement rétréci et aujourd'hui (25 juillet) ce n'est plus qu'un petit trajet fistuleux qui suppure encore un peu.

Aussi M. Tillaux, pour modifier la surface suppurante et hâter l'obturation de la fistule, depuis trois jours y fait des injections d'une solution de teinture d'iode au cinquième.

Notons comme particularité que le 15 juin la malade, sans cause appréciable, a eu de l'œdème des deux molléoles, surtout avec un peu de douleur le long des veines saphènes.

Repos au lit, frictions avec liniment chloroformé. Ouate autour des jambes, la malade se lève guérie le 10 juillet.

Quant aux époques menstruelles, leur retour a déterminé quelques phénomènes particuliers. Le 30 mai la malade est énervée et

souffrante. Quelques douleurs lombaires, un peu de céphalalgie. Le 1er juin les grandes lèvres sont tuméfiées et hyperesthésiées. Cet état dure jusqu'au 3 juin et disparait comme il était venu. Il n'y a eu aucun écoulement par le vagin.

Rien pendant tout le mois de juin.

Le 11 juillet, un peu de courbature et un écoulement sanguin très peu abondant par le vagin. Cet écoulement dure encore deux jours, il a cessé le 14 juillet.

Examen anatomique. — L'examen anatomique et histologique de la tumeur confirme le diagnostic.

La tumeur est bien un *fibrôme utérin.*

Ce fibrôme s'est développé *interstitiellement* dans *la paroi latérale gauche de l'utérus* et il a graduellement refoulé à droite la cavité utérine d'une part et distendu la paroi du côté gauche d'autre part. C'est ce que permet de constater une coupe antéro-postérieure de la tumeur.

De plus l'utérus a subi *un mouvement* de bascule en vertu duquel la trompe gauche a été portée *en bas* et *en avant* et la trompe droite au contraire *en haut* et *en arrière.*

Le *fibrôme* est blanchâtre; il semble constitué par des masses lobulées, accolées les unes aux autres et ne présente rien de particulier, ni comme structure, ni comme consistance, ni comme aspect extérieur.

La masse fibro-utérine a dans son ensemble une forme arrondie, légèrement ovoïde, à grand diamètre vertical.

Elle a comme dimensions :

49 cent de circonférence.

16 cent. dans son diamètre vertical.

15 cent. dans son diamètre latéral.

14 cent dans son diamètre antéro-postérieur.

Son poids est de 2 kil. 475 gr. Enfin la surface de section mesure 45 cent. de pourtour.

Hystérectomie pour une dégénérescence fibreuse de l'utérus. Guérison.
Par le Dr Périer, chirurgien des hôpitaux.

(Observation recueillie pur M. Desfontaines, interne du service).

Mme Renot, 42 ans. Père mort à 49 ans d'un cancer à l'estomac. Mère morte à 60 ans d'une maladie du cœur.

Réglée à 14 ans, ses règles s'arrêtèrent pendant un an, puis reprirent ensuite assez régulièrement. Depuis l'âge de 18 ans l'écoulement de sang a toujours été abondant, mais il l'est encore davantage depuis trois mois.

Elle a eu une fille à l'âge de 19 ans et pas de fausse couche.

Jamais de douleur du ventre. Son affection a débuté il y a trois ans. Elle éprouvait à cette époque un malaise général et consulta le Dr Saint-Laurent. Elle fit peu attention à l'augmentation de volume de son ventre, mais se souvient très bien avoir été gênée par des sensations de pesanteur dans le bas-ventre et le bassin.

Elle continua ses occupations ordinaires jusqu'au 1er novembre 1878, époque à laquelle elle a eu quelques vomissements, un peu de diarrhée et une perte constituée par l'issue de quelques caillots pendant trois ou quatre jours.

Depuis le mois de novembre 1878 elle a eu de l'œdème des membres inférieurs, peu marqué à la jambe droite, mais très notable à la jambe gauche.

Cet œdème a d'ailleurs été plus accentué qu'il ne l'était à son enrée à la Salpêtrière, l'un des premiers jours de janvier 1879.

Le 7 janvier 1879, l'examen du ventre, fait par M. Perrier, fit reconnaître ce qui suit :

Circonférence du ventre mesuré au point le plus saillant, un peu au-dessus de l'ombilic, 109 cent.

Distance de l'appendice xiphoïde au pubis, 0,62 cent.

Distance de l'appendice xiphoide à l'ombilic, 0,22 cent.

Distance de l'ombilic au pubis, 0,40.

Il existe un peu d'ascite.

La palpation fait reconnaître la présence d'une masse médiane, symétrique; paraissant un peu irrégulière à sa surface, très dure et ne donnant pas la sensation de flot.

L'exploration du ventre était peu douloureuse du côté gauche; au toucher vaginal on trouva l'utérus qui semblait rattaché à la masse de la tumeur abdominale. Cette tumeur ne pouvait être atteinte par le toucher vaginal; une ponction faite sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic ne laissa écouler aucun liquide.

Le 1er février l'opération fut pratiquée de la manière suivante par M. Périer.

Pulvérisation phéniquée.

Incision cutanée étendue de 3 centimètres au-dessous de l'ombilic et à 4 centimètres du pubis.

Incisions du tissu cellulo-adipeux sous-cutané qui présentait aux épaisseurs de 1 cent. et demi à 2 cent.

Incision de la gaine du muscle droit du côté droit.

Incision de la paroi postérieure de cette même gaine faite sur la sonde cannelée dans toute l'étendue de la paroi cutanée. Le tissu cellulaire sous-péritonéal est ensuite incisé avec précaution jusqu'au péritoine pariétal que l'on dénude dans une étendue de 4 cent. et que l'on ouvre ensuite. On voit alors apparaître une tumeur lisse libre d'adhérences et à la surface de laquelle on trouve tendu un cordon volumineux d'apparence veineuse.

La tumeur est solide, et à cause de son volume il devient nécessaire d'agrandir la première incision du haut en contournant l'ombilic pour remonter à deux centimètres au-dessus. L'incision est aussi agrandie en bas de deux ou trois centimètres. Il s'écoule alors une petite quantité d'ascite.

La main introduite dans l'abdomen permet de constater que la tumeur est entièrement libre d'adhérences, sa consistance paraît résistante et il semble probable qu'elle est entièrement solide.

Pour que son extraction soit possible il est nécessaire d'agrandir encore l'incision au-dessus de l'ombilic de 10 centimètres environ.

Par la partie supérieure de l'incision proémine l'épiploon.

On fait dans la tumeur une ponction avec le plus petit des trocarts à ovariotomie, et on ne peut retirer aucune quantité de liquide. Le trocart étant retiré, du sang s'écoule par l'orifice qu'il laisse ; on l'obture avec une éponge puis avec le doigt.

La partie supérieure de l'incision est encore agrandie de 1 centimètre 1/2. Des tractions sont exercées sur la tumeur pour la faire sortir, mais elles sont insuffisantes, il devient nécessaire d'exercer de fortes pressions sur les bords de la large boutonnière abdominale afin de les refouler au delà du grand cercle de la tumeur. Cela fait, la tumeur sort facilement de l'abdomen, on rapproche alors les parois abdominales jusqu'au voisinage du pédicule de la tumeur, de manière à recouvrer les intestins.

Le pédicule de la tumeur est volumineux, une broche courbe est passée (de droite à gauche) dans la partie la plus inférieure du pédicule.

Une autre broche est passée (du pubis vers l'ombilic) immédia-

tement au-dessus de la précédente; un ligateur Cintrat est passé entre ces deux broches de façon à pouvoir serrer le pédicule de la tumeur. A la partie inférieure de la tumeur, de chaque côté du pédicule de la tumeur, se trouvent les deux ovaires.

A travers la partie moyenne de la tumeur, on passe un long trocart et dans son intérieur un fil de fer. En même temps qu'on retire le trocart, un peu de liquide s'écoule de l'intérieur de la tumeur.

Un deuxième fil de fer est placé circulairement autour de la partie moyenne de la tumeur, on le serre avec un ligateur Cintrat. On serre de suite le fil primitivement placé suivant un diamètre de la tumeur, et embrassant sa demi-circonférence.

Ces précautions étant prises on enlève avec un couteau toute la partie qui se trouve au-dessus du point serré.

On voit qu'elle est constituée par un tissu d'apparence musculaire, véritablement comparable comme aspect à celui d'un gigot peu cuit. Au centre on voit une cavité ayant 4 ou 5 centimètres de large. Sur toute la périphérie se trouve une couche de tissu blanchâtre dur, d'apparence fibreuse, que l'on ne peut détacher de la masse d'aspect musculaire que dans l'étendue de 1 centimètre. Il ne s'écoule que peu ou pas de sang ; on place un nouveau fil ligateur sur le pédicule au-dessus des deux broches qui y sont situés, on vérifie avant de le serrer qu'il ne pince pas la vessie et on le serre.

On retire le ligateur placé à la partie moyenne de la tumeur et au-dessus duquel on a pratiqué une section.

On sectionne ensuite la tumeur au-dessus des broches fixées à travers le pédicule, la surface de section est blanchâtre, on y voit à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs un orifice pouvant admettre le doigt, limité par des parois lisses.

Cela fait, il reste encore au-dessus des broches passées à travers le pédicule une partie de la tumeur ayant la forme d'un tronc de cône, ayant les deux ovaires appendus sur ses côtés. On la coupe en rasant la broche supérieure que l'on retire ensuite.

Il ne reste donc pour maintenir le pédicule que la broche dirigée de droite à gauche et comprise entre deux ligateurs l'un au-dessus, l'autre au-dessous.

On essuie les intestins.

On nettoie le péritoine avec des éponges montées, on fait les su-

tures à la paroi abdominale, on fixe le pédicule à la partie inférieure de la peau, on tord les ligateurs.

L'opération a duré une heure trente-cinq minutes, on panse suivant la méthode de Lister.

La tumeur enlevée pesait 10 livres.

Les suites de l'opération ont été des plus bénignes.

La température ne s'est jamais élevée au delà de 39°, ce fut le sixième jour lorsque la malade commença à manger.

Le soir de l'opération, sa température était de 38°.

Le lendemain matin 38,8.

La miction se fit spontanément le treizième jour.

Le pédicule tomba le 25.

Hystérotomie par M. Marc Sée, chirurgien des hôpitaux.
(Observation inédite.)

C..., Marie-Louise, 26 ans, entrée à la Maison municipale de santé le 29 décembre 1876.

Bonne santé antérieure ; réglée à 13 ans et toujours régulièrement depuis.

Il y a quatre mois, elle a commencé à ressentir des douleurs vagues dans le ventre qui, de temps en temps, devenait dur; son appétit a aussi diminué, mais elle a continué de vaquer à ses occupations et ses règles sont restées régulières.

Il y a cinq semaines seulement que, voyant son ventre augmenter de volume, elle alla trouver un médecin qui découvrit, dit-elle, une tumeur dans le côté gauche de l'abdomen. Huit jours après, elle était obligée de garder le lit. Après l'avoir traitée pendant quelque temps à l'aide de vésicatoires appliqués sur le ventre, son médecin lui fit, il y a quinze jours, le 16 décembre, une ponction qui donna issue à 11 litres 1/2 d'un liquide citrin et transparent. Il y eut un peu de soulagement pendant quelques jours, puis la tuméfaction se reproduisit et les douleurs devinrent plus intenses dans le ventre et dans les lombes.

Le 29 décembre, elle se décida à entrer à la Maison de santé dans le service de M. Ed. Labbé qui diagnostiqua un kyste de l'ovaire et la fit passer en chirurgie.

Examen de la malade. — Femme d'une apparence vigoureuse, un peu amaigrie; faciès ovarique.

Abdomen volumineux, faisant une saillie considérable au-dessous des fausses-côtes et de la fourchette sternale; la peau est tendue, lisse; il n'y a pas de développement veineux anormal; il existe un certain degré d'œdème de la paroi abdominale et des cuisses.

A la palpation, on ne peut arriver à déprimer la paroi et à sentir quoique ce soit dans le ventre.

La percussion donne une zone de sonorité tympanique s'étendant depuis l'ombilic jusqu'au-dessous des fausses-côtes gauches à leur partie moyenne et remplacée à droite par de la submatité. Dans les deux flancs, il existe de la submatité. Tout le reste de l'abdomen donne une matité absolue et une percussion légère permet d'apprécier facilement la sensation de flot.

En faisant coucher la malade alternativement d'un côté et de l'autre, on retrouve les mêmes zones de sonorité et de matité.

Au toucher, les culs-de-sac postérieur et latéraux sont libres, mais on suit en avant le col fortement appliqué contre la symphyse.

La malade a des envies fréquentes d'uriner. La constipation est opiniâtre et ne cède qu'à des lavements purgatifs. Jamais de vomissements, mais une inappétence très-prononcée surtout pour les aliments solides.

Pas d'œdème malléolaire.

Le cœur bat dans le troisième espace, à 15 centimètres de la ligne médiane; souffle anémique à la base.

Le murmure respiratoire ne s'entend dans la poitrine qu'à partir de la septième côte en arrière.

La malade est d'ailleurs sans fièvre.

8 janvier. Accès de dyspnée avec légère congestion pulmonaire, 30 ventouses sèches.

Le 11. M. Sée examine de nouveau la malade et constate que la zone de sonorité se déplace un peu suivant l'attitude de la malade. Il se décide à faire une ponction.

Le 13. Ponction au même point que la première avec un trocart gros comme une plume de corbeau; il sort 7 litre 1/2 de liquide clair, citrin, mousseux. On sent alors au niveau de l'hypogastre et du flanc gauche une tumeur solide, bosselée, volumineuse, dont la partie inférieure se perd dans le petit bassin. On en décide l'extirpation aussitôt que la malade sera un peu rétablie et qu'il se sera reproduit une petite quantité de liquide.

Le soir, la malade a ressenti du soulagement. La respiration est plus facile ; la pointe du cœur bat dans le cinquième espace ; l'appétit revient un peu.

14 janvier. Le ventre est déjà un peu moins souple.

Le 15. Le liquide s'est reproduit presque entièrement. Soif très vive. On transporte la malade dans une chambre isolée où l'on fait plusieurs fois par jour des pulvérisations de solution de chloral au 100e.

Le 17. Le ventre a repris son volume primitif.

Le 18. Le collodion qu'on a appliqué sur le point ponctionné occasionnant du tiraillement, de la douleur et même un peu d'érythème, on l'enlève et on met à la place un linge glycériné. Au bout de peu de temps, la plaie de la ponction se rouvre et donne issue à un liquide semblable à celui des ponctions précédentes, et qui s'échappe en jet de quelques centimètres. On cherche vainement pendant quelque temps à fermer l'ouverture, et on n'y parvient qu'à l'aide de serre-fines, et seulement quand le ventre n'est plus tendu.

La nuit, douleur vive dans l'épaule droite ; injection sous-cutanée de morphine.

Le 19. On pratique l'opération. La malade a été placée dans une chambre dont on a enlevé tous les rideaux et les meubles qui y étaient auparavant, et dans laquelle on a pulvérisé plusieurs fois par jour du chloral au 100e. Les mains des aides, les instruments, les pièces de pansement sont aussi passés au chloral. On en pulvérise pendant toute la durée de l'opération. Il n'y a autour du lit d'opération que les aides absolument nécessaires.

On commence à neuf heures et demie.

La température, une heure et demie auparavant, à huit heures, est de 37,2 ; le pouls à 90, la respiration à 22.

La peau est incisée depuis deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic jusqu'au pubis. Le tissu cellulaire sous-cutané est très œdématié. Les différentes couches sont incisées, et on arrive sur le péritoine qui, soulevé par le liquide qu'il contient, fait saillie entre les lèvres de la plaie. On y pratique une large incision ; il sort un flot de liquide, et l'on peut alors plonger la main dans la cavité abdominale. Les intestins se présentent par la partie supérieure de l'ouverture, tandis que la main, introduite par la partie inférieure, sent une tumeur bosselée et même lobulée, se continuant inférieu-

rement avec l'utérus, dont elle semble faire partie, mais sans adhérence avec les organes voisins. On saisit cette tumeur et on l'attire au dehors ; elle apparaît nettement avec sa coloration un peu rouge, et semble constituée par différentes portions, les unes pédiculées, les autres sessiles ; son pédicule, constitué vraisemblablement par le corps de l'utérus, est gros comme le poing. On le traverse à l'aide de quatre broches au-dessus et au-dessous desquelles on applique un fil métallique fortement serré ; enfin on le coupe entre la ligature supérieure et les broches. On coupe entre deux ligatures la trompe et les vaisseaux utéro-ovariens ; on détache les ovaires qui adhéraient à la partie inférieure de la tumeur; enfin on enlève celle-ci. On nettoie alors soigneusement le péritoine, dans la cavité duquel il y avait une petite quantité de sang, bien qu'on eût mis des pinces sur tous les petits vaisseaux, à mesure qu'ils étaient ouverts.

Avant de faire le pansement, on traverse de nouveau le pédicule à l'aide de deux longues aiguilles à tête de verre qui, ainsi que les broches, débordent en dehors des lèvres de la plaie. Celles-ci sont suturées au-dessus et au-dessous à l'aide de fils métalliques. Pansement au chloral.

L'opération est terminée à midi un quart; elle a duré une heure trois quarts. Pendant tout ce temps, la malade a été sous l'influence du chloroforme. Elle est maintenant abattue et sans mouvement. Température, 36,2 ; pouls, 120 ; respiration, 14.

L'après-midi a été bonne. Soif assez vive ; quelques nausées. La malade a pris du rhum, du bouillon, du Bagnols glacés. Pas de douleur de ventre.

A six heures et demie du soir. T. 37,7 ; P. 132 ; R. 22.

A huit heures. Quelques nausées ; pas de douleur abdominale. T. 37,8 ; P. 140 ; R. 28.

On fait une injection de morphine (15 gouttes au 25e).

A neuf heures. La malade est plus calme. T. 38 ; P. 120 ; R. 24.

A minuit. La malade a pu uriner seule ; elle ne dort pas, mais est très calme. T. 38,3 ; P. 138 ; R. 24.

A une heure et demie. Il y a eu quelques vagues douleurs dans le ventre. T. 38,4 : P. 138 ; R. 24.

A cinq heures du matin. Soif toujours intense ; la malade a

vomi quelques gorgées de liquide ; plus de douleurs. T. 38,6 ; P. 140 ; R. 30.

A huit heures. La malade a de nouveau uriné ; elle est très abattue. Néanmoins, elle demande à manger. T. 39,1 ; P. 150 ; R. 26.

A dix heures. Dyspnée intense ; quelques coliques ; la malade vomit encore un peu. Elle est immobile dans son lit et paraît sans souffrance. T. 39,6 ; R. 40. Le pouls est irrégulier et d'une telle fréquence qu'on ne peut le compter.

Quelques instants après, elle est prise d'une envie de vomir ; les matières ne peuvent être expulsées et tombent dans les voies aériennes ; la toux est impuissante à les rejeter, et la malade meurt asphyxiée au bout de quelques minutes.

L'autopsie, qui ne fut qu'incomplète à cause du refus de la famille, montra dans le péritoine une cuillerée environ de liquide rosé, limpide. La face antérieure du rectum était un peu rouge. Au reste, pas trace de péritonite.

L'examen de la tumeur a montré qu'à sa partie inférieure elle était constituée par une bonne partie du corps de l'utérus, et à sa partie supérieure multilobulée par un tissu analogue à celui des corps fibreux, mais moins dur, plus rosé, et non traversé, comme il arrive souvent par des bandes de tissu fibreux.

Fibrome utérin interstitiel. — Hystérotomie.

(Observation inédite, communiquée par M. le Dr Horteloup, chirurgien de l'hôpital du Midi.)

Mlle X..., vingt-deux ans, femme de chambre, vint me consulter au mois de décembre 1877 pour un gonflement de l'abdomen s'accompagnant de troubles sérieux dans sa santé.

Cette jeune fille a vu son ventre augmenter au mois de juin 1877 ; sauf un peu de pesanteur, elle n'a rien éprouvé de sérieux, ses règles venaient régulièrement jusqu'au mois de septembre. A cette époque, elle fut prise d'une véritable perte qui s'accompagna de douleurs excessivement violentes dans le bas-ventre et même dans tout le corps.

Lorsque cette jeune fille vint me consulter, je reconnus une tumeur remontant jusqu'au niveau de l'ombilic ; située à la partie

médiane de l'abdomen, très résistante, cette tumeur ne présentait pas de saillie extérieure, sauf à gauche et en haut, où l'on constatait une partie saillante du volume d'une noix. L'examen vaginal fut très difficile, à cause de la membrane hymen, mais il permit de reconnaître que cette énorme tumeur n'était autre que l'utérus considérablement développé, que les culs-de-sacs étaient parfaitement libres et que les mouvements que l'on imprimait à la tumeur permettaient de faire supposer qu'il n'y avait pas d'adhérences.

Le diagnostic que je crus être en droit de porter fut celui de corps fibreux interstitiel.

En présence de ce diagnostic, tout espoir d'opération autre que l'hystérotomie était illusoire, et je me décidai à la proposer à la jeune malade en m'appuyant principalement sur l'état douloureux qui rendait non seulement toute occupation impossible, mais qui arrivait à un tel degré que cette jeune fille affirmait que, s'il n'y avait rien à tenter, elle préférait mourir. Je ne dissimulai pas le danger d'une semblable opération, mais la malade déclara qu'elle était prête à tout supporter plutôt que de rester dans un tel état.

L'opération fut faite le 15 janvier 1878, en présence de MM. les Drs Gilette et Polaillon, chirurgiens des hôpitaux, et de M. le Dr Leblond, qui voulut bien se charger de l'administration du chloroforme.

La malade, placée sur le lit de Mariaud, est entourée de ouate et de flanelle qui ne permettent pas de refroidissement.

L'anesthésie se fit sans aucune difficulté et sans accident.

L'opérateur, placé entre les jambes de la malade, commença par vider la vessie.

Une incision, étendue de l'ombilic au pubis, est pratiquée lentement, couche par couche, traversant la peau, une épaisse couche de tissus adipeux, qui n'ont pas moins de trois travers de doigts, met à nu les muscles droits. Des pinces hémostatiques et des ligatures de catgut arrêtent tout écoulement sanguin.

Continuant à inciser la ligne blanche, les deux muscles sont écartés et le péritoine est ouvert sur une sonde cannelée.

Après avoir écarté avec des flanelles chaudes les lèvres de l'incision, on découvre une tumeur rosée, luisante et comme une glace; cette tumeur n'est autre que le globe utérin. — La main introduite dans l'abdomen permet de constater l'absence de

toute adhérence, mais il est impossible de faire passer cette volumineuse tumeur par l'ouverture et il n'y a pas à songer à la réduire par le morcellement, car elle est tellement résistante qu'on ne peut pas la traverser avec un trocart.

L'incision est prolongée en contournant à droite la cicatrice ombilicale.

Passant la main derrière le globe utérin, je puis, avec une certaine difficulté, faire sortir l'utérus hors de l'abdomen; ce temps de l'opération s'est effectué rapidement; aussi, malgré toutes les précautions employées, est-il sorti une masse assez considérable d'épiploon qui est entouré de flanelle chaude.

L'utérus sorti de l'abdomen est attiré au-dessus du pubis, nous pouvons constater à la partie supérieure la petite tumeur fibreuse qui la surmonte, et à la partie inférieure nous reconnaissons, à droite et à gauche de la région cervicale, les deux ovaires qui sont accolés à l'utérus; les ailerons des ligaments larges sont distendus, mais nous retrouvons les trompes parfaitement intactes et flottant de chaque côté.

Après avoir reconnu exactement les rapports de la vessie et du vagin, je passe à la partie supérieure de la région cervicale, au-dessous des ovaires, deux longues broches d'acier qui empêchent la tumeur d'être attirée dans le petit bassin.

Au-dessous de ces deux broches placées en croix, je traverse le col avec une longue aiguille recourbée qui me permet d'introduire un fil de fer double. — Je coupe l'anse du fil avec une pince et je ramène l'un des fils à droite, l'autre à gauche que je passe dans un serre-nœud, qui détermine une constriction suffisante sur les deux portions du col.

A un demi-centimètre je pratique avec un couteau la section du tissu du col qui est accompagnée de la sortie de quelques gouttes de sang.

L'opération s'est faite sans avoir perdu beaucoup de sang et la toilette du péritoine paraissait devoir être faite rapidement; mais après avoir extrait quelques caillots de sang, nous constatons, principalement à gauche, que l'éponge ramène une grande quantité de sang; examinant avec soin, je constate que le sang provient de la trompe gauche et je me décide à la saisir dans une ligature de catgut. — L'écoulement sanguin cesse immédiatement et la toilette du péritoine peut être terminée.

Six sutures profondes faites avec de grandes aiguilles d'acier à tète de verre sont placées dans toute la longueur de l'incision; entre la deuxième et la troisième aiguille situées à la partie supérieure de l'incision, je place la portion herniée de l'épiploon qui est maintenue solidement entre les lèvres de la plaie par deux aiguilles. — Un gros fil de catgut, jeté sur l'épiploon hernié, permet de sectionner cette masse épiploïque sans perdre de sang.

Une suture profonde est placée au-dessus de la broche de fil de fer qui maintiennent le pédicule et la dernière se trouve le pédicule et le pubis.

Entre chaque aiguille d'acier je place des points de suture superficielle faite avec un fil d'argent tordu. — La surface sectionnée et le pédicule de l'épiploon sont touchés avec du perchlorure de fer. — La plaie et ses bords sont badigeonnés avec du collodion; tout l'abdomen est comprimé avec de la ouate et un bandage de corps.

L'opération a duré une heure et demie pendant laquelle la malade, maintenue chloroformée, n'a éprouvé ni nausées ni vomissements, elle n'a manifesté aucune douleur et elle peut être remise dans son lit en bon état.

Le 15 janvier, 6 heures soir. Etat général bon. Température, 35,8, 120 pulsations. Pas de nausées. Pas de vomissements. Douleurs du ventre revenant par instant. Injection sous-cutanée, 5 gouttes d'une solution de morphine (1/50e), — 0,25 d'opium dans la journée.

Le 16, matin. Temp. 38, 125 pulsations. Nuit calme. Faciès bon. Les lèvres sont roses. Langue humide. Presque plus de douleurs abdominales. Bouillon, champagne glacé.

Le 16, soir. Température, 37,6, 125 pulsations. A eu quelques nausées à 6 heures, sensation de froid, vomissement d'une demi-cuvette de liquide. Pas de douleurs dans le ventre. Le faciès n'est pas altéré.

Le 17, matin. Nuit assez calme. Température 38,1. Pouls. La malade se plaint d'avoir froid. Un vomissement vers 7 heures du matin.

Dans l'après-midi, la malade appelle la religieuse; elle est pâle, haletante, se plaint de froid. Elle vomit une cuvette de liquide verdâtre.

Le refroidissement augmente, la respiration devient de plus en plus difficile et la mort arrive à 3 heures 1/2.

Examen de la pièce. — L'utérus enlevé a le volume d'une tête d'adulte; elle donne, dans la main, la sensation d'un bloc de marbre.

En introduisant une sonde utérine dans l'ouverture du col, on pénètre dans la cavité utérine à 7 centimètres et on reconnaît que le néoplasme siège dans la paroi antérieure.

Une section faite avec un couteau permet de reconnaître la disposition suivante :

Le tissu utérin pâle a une épaisseur de 2 centimètres; il entoure une masse rouge comme un tissu musculaire ordinaire.

Cette masse rouge, qui forme tout le corps fibreux, paraît composée de deux masses musculaires accolées.

L'examen microscopique fait au Collège de France, dans le laboratoire de M. Ranvier, a donné les résultats suivants.

Par le séjour dans le bichromate d'ammoniaque, puis dans l'eau phéniquée, on obtient après dissolution des cellules musculaires, difficilement isolables d'ailleurs; elles sont abondantes et constituent la partie essentielle de la tumeur. Elles sont par places entourées de tissu conjonctif qui les groupe par îlots. Cette structure est par conséquent celle d'un *fibro-myome* utérin.

La coloration rouge de la tumeur ne paraît pas due à l'abondance des vaisseaux sanguins; on trouve du reste dans son tissu de véritables capillaires et des sinus vasculaires qui ne sont pas particulièrement gorgés de sang.

Les différents modes de préparation, y compris l'emploi du chlorure d'or, n'ont pas pu faire reconnaître d'éléments nerveux, résultats négatifs qui ne permettent pas de tirer des conclusions contre la doctrine de l'influence régulatrice des nerfs sur la nutrition des néoplasmes.

La tumeur ne présentait malgré son volume considérable presque pas de dégénérescence de ses éléments ; à l'œil nu on n'en voyait pas de traces ; après l'action de l'acide osmique, le microscope montrait çà et là quelques points de dégénérescence graisseuse d'ailleurs très peu étendus.

De plus, sur des coupes fraîches on observait des petits amas de cristaux très petits, réfringents, résistant aux acides acétique et osmique ; ce sont probablement des produits de dégénérescence, mais leur nature n'a pas pu être exactement déterminée.

La petite tumeur qui existait à la partie supérieure du globe

utérin présentait la couleur blanche nacrée des fibromes utérins classiques.

L'autopsie fut faite 40 heures après la mort.

La paroi abdominale est rabattue sur le pubis au moyen d'une incision elliptique ; l'épiploon et l'utérus sont détachés avec soin des lèvres de l'incision. Les intestins, distendus par des gaz, sont légèrement rosés mais ne présentent pas d'injection.

En soulevant en haut l'intestin grêle, nous découvrons un énorme épanchement de sang avec caillots qui remplit le petit bassin ; du sang liquide a passé jusque dans la région du foie où l'on trouve un second caillot qui s'explique par le décubitus dorsal de la malade.

La quantité de sang répandu dans le péritoine s'élève à un demi-litre.

Le sang est enlevé au moyen d'épongès avec les précautions que l'on prendrait pour faire la toilette du péritoine.

On constate alors une déchirure du bord supérieur du ligament large du côté droit. Cette déchirure a une forme triangulaire avec un lambeau flottant en arrière. Le tissu cellulaire du ligament large contient du sang infiltré.

Il n'y a pas de traces de péritonite, pas le moindre liquide séreux; les intestins sont libres, non agglutinés entre eux; ils ne présentent à leur surface aucune colorisation vasculaire indiquant de l'hyperémie. Le péritoine viscéral est teinté en rouge par le sang dans lequel il a baigné, car cette coloration s'efface sous l'influence d'un filet d'eau.

La mort a donc été occasionnée par une hémorrhagie interne provenant de la déchirure du bord du ligament large, qui devait supporter une traction assez forte par le tiraillement qui avait été nécessaire pour attirer l'utérus en dehors de la cavité abdominale.

Mais la traction même forte n'aurait pas suffi pour amener un semblable accident si une disposition particulière n'avait pas existé dans des veines du plexus ovarien.

Ayant enlevé le ligament large, le vagin et la portion restante du col, nous constatons que le ligament large est le siège d'un véritable varicocèle. L'examen microscopique démontre une altération des parois veineuses, qui permet d'expliquer la déchirure du ligament large et la grande quantité de sang épanché.

Dans cette observation si intéressante trois choses nous paraissent surtout dignes d'être notées :

1° L'indication de l'hystérotomie fut tirée des douleurs vives qui rendaient la vie intolérable à la malade.

2° La mort a été causée par déchirure du ligament large, dont les vaisseaux étaient sans doute altérés, mais qui avait subi une traction assez forte pour constituer un pédicule extra-péritonéal.

3° La couleur rouge d'une tranche de la tumeur.

Hystérotomie. — Mort au 4e jour.

(Observation inédite du Dr F. Terrier, chirurgien des hôpitaux de Paris.)

Mlle X..., religieuse, 40 ans, présente depuis longtemps des accidents du côté du ventre, accidents caractérisés surtout par de vives douleurs et une gêne extrême dans les mouvements. Les digestions sont pénibles, et lorsque les phénomènes douloureux s'exaspèrent la malade est obligée de garder le repos au moins quelques heures.

J'examinai Mlle X..., et constatai la présence d'un fibrôme utérin, du volume d'une grosse tête d'adulte, mobile latéralement, quelque peu enclavé dans le bassin, et faisant corps avec l'utérus. Par le toucher vaginal, en effet, on sent la tumeur immédiatement au-dessus du col utérin, qui est un peu hypertrophié et élevé en arrière. Les culs-de-sac sont libres, toutefois en les refoulant avec le doigt on arrive encore sur la masse fibreuse, soit en arrière, soit latéralement, soit en avant.

Tous les mouvements imprimés à la masse abdominale se transmettent facilement au col, et si cette masse est incluse d'un côté, le col se dévie du côté opposé.

La malade, fort au courant des opérations pratiquées sur l'ovaire, désire être débarrassée de sa tumeur qui la fait beaucoup souffrir. Ajoutons que les douleurs sont très intenses au moment des règles et que celles-ci s'accompagnent d'un écoulement sanguin très abondant, mêlé de caillots volumineux.

L'opération fut faite le 27 avril 1879, avec l'aide de mes deux

collègues MM. Périer et Just Championnière, la malade fut endormie par M. le Dr Coignard.

Incision rapide de la paroi abdominale antérieure sur la ligne médiane. Le péritoine est largement ouvert sur la sonde cannelée.

On voit alors le fibrôme, libre de toute adhérence en avant, en haut et en arrière, mais fortement enclavé dans le bassin et présentant un volume tel, qu'il faut agrandir l'ouverture abdominale pour essayer de la faire sortir du ventre. L'ouverture abdominale est donc agrandie en deux temps à l'aide de ciseaux, en passant à gauche de l'ombilic et en remontant jusqu'à 4 centimètres au-dessus de lui.

L'accouchement de la tumeur est encore assez difficile, bien que l'ouverture du ventre soit largement faite.

Un fil de fer est placé et enserré à la base de cette tumeur, base fort large au milieu de laquelle on passe d'avant en arrière et à l'aide d'une aiguille deux anses de fil de fer qu'on serre à l'aide de serre-nœuds Cintrat. De cette façon, le pédicule de la tumeur qui n'est autre que la partie inférieure du corps de l'utérus est divisée en deux partie maintenues par deux anses de fil de fer.

Afin de pouvoir maintenir ce pédicule à l'extérieur, un gros trocart courbe est passé transversalement au-dessous de l'anse latérale gauche, mais au-dessus de l'anse latérale droite la dureté excessive de la masse ne me permet pas de conduire ce trocart comme je le désirais, c'est-à-dire au-dessous des deux anses des ligateurs.

L'extrémité aiguë du trocart fut alors sectionnée avec des pinces coupantes et un deuxième fil de métal fut alors placé au-dessous du trocart.

Ces diverses anses maintenues jusqu'alors à l'aide de ligateurs furent serrées. Il survint en ce moment un incident, le fil de fer placé à droite se brisa et dut être retiré.

Il restait donc l'anse du fil de gauche et les deux autres anses, embrassant en masse tout le pédicule de la tumeur.

On enlève ensuite couche par couche toute la masse mobile à l'aide d'un couteau à amputation, et l'on s'assure ainsi que la tumeur et l'utérus sont entièrement confondus.

Le pédicule, large de quatre travers de doigts, répond au niveau du bord supérieur de la vessie et correspond à la partie supérieure du col utérin.

La toilette du péritoine soigneusement faite, on suture le ventre au-dessus de ce large pédicule à l'aide de huit points profonds. Un seul point de suture profond est placé au-dessous du pédicule.

Pansement de Lister. L'opération a duré environ une heure un quart.

La tumeur enlevée pesait 1,910 grammes.

Le soir on constata un peu de sang au niveau du pédicule, on renouvelle les pièces profondes d'après les règles, c'est-à-dire avec la pulvérisation. Boissons glacées, champagne, eau-de-vie.

6 heures. Température 37,1. Pouls 84; à minuit un peu d'agitation, soif excessive, un vomissement de liquides ingérés.

Température 41°. Pouls 96.

28 avril, 4 heures du matin. Nuit agitée, tendances aux syncopes; injection d'un quart de centigramme de morphine. Deux vomissements de liquide ou plutôt deux régurgitations. Soif vive.

Température 40°. Pouls 104.

8 heures 1/2. Du sang s'est écoulé par quelques petits vaisseaux de la surface du pédicule et la malade est un peu mouillée.

Application sur ce point de rondelles d'amadou trempées dans du perchlorure de fer. Compression bien faite avec l'ouate, au-dessus du pansement de Lister renouvelé suivant les règles les plus strictes.

Température 39°. Pouls 104.

6 heures du soir. Un vomissement depuis le matin des liquides ingérés, soif vive. La malade prend du café glacé. Pas de sang du pédicule.

Température 38,4. Pouls 108.

Indolence du ventre, pas de ballonnement.

Le 29. De trois heures à cinq heures du matin secousses nerveuses. Pouls très petit, très vite et intermittent, il n'a pu être compté par mesdames les religieuses qui gardent la malade. Pendant le jour, quelques coliques assez intenses mais durant peu de temps. Nausées continuelles. Gaz par l'anus.

Température 39,5.

Le 30. Agitation très grande. Nausées sans vomissements, pas de battement du ventre. Gaz rendus par l'anus. Anxiété précordiale.

1er mai. Etat assez satisfaisant la nuit et le matin.

Vers 11 heures. La respiration accélérée depuis l'opération paraît un peu plus difficile. Légère cyanose de la face.

Vers 3 heures. Trois vomissements sans efforts, agitation, besoin d'aller à la garde-robe.

A 6 heures. Un lavement provoque une abondante évacuation de matières.

De 6 à 9 heures. Faiblesse très grande, refroidissement des extrémités.

Vers 10 heures. Crise douloureuse avec contractions nerveuses suivie d'un calme complet.

La malade s'éteint à 10 heures 3/4.

Myomes interstitiels développés dans l'épaisseur de la paroi postérieure de l'utérus. Hystérectomie. Mort au 3e jour.

(Observation résumée du Dr Castiaux (de Lille). In Bull. méd. du Nord, avril 1878.)

X..., 31 ans, mariée depuis cinq ans.

Très bien réglée de 13 à 26 ans.

Il y a cinq ans, la malade constate une tumeur dans le côté droit du ventre. Bientôt des métrorrhagies peu abondantes, mais continues. En 1877, léger œdème des pieds et des jambes. Amaigrissement rapide, anémie profonde, diminution des forces, absence de douleurs.

Après une série d'hésitations et deux ponctions exploratrices. Diagnostic : myomes utérins.

La malade réclame l'opération avec courage. Régime tonique.

2 avril. Cinq jours après la terminaison des règles, opération.

Tous les temps furent méthodiquement suivis mais il n'est pas fait mention de précautions antiseptiques.

Pas d'adhérences.

Au moment où la tumeur commence à s'engager à travers l'incision, l'opérée quoique parfaitement anesthésiée se met à pousser comme s'il s'agissait d'accoucher. « Je perçois nettement, dit l'auteur, le résultat de ses efforts, mais je m'oppose à la sortie trop rapide de la tumeur en la maintenant soigneusement. M. Follet soutient les intestins et les refoule. Le tumeur s'échappe. »

Le chirurgien avait à peine commencé la constriction du pédicule (serre-nœud de Cintrat) que le fil métallique se brisa.

Le pédicule avait 6 centimètres de diamètre, il fut fixé à la partie inférieure de l'incision au moyen de deux broches de fer.

Toilette du péritoine.

Sutures profondes et superficielles. Collodion. Pansement : charpie sur le pédicule, ouate en grande quantité, bandage bien serré.

Durée de l'opération : quatre heures.

2 avril, soir 9 heures· P. 37,8. P. 92.

Pendant la nuit, nausées, vomissements, douleurs très vives.

Le 3 matin. Un peu d'agitation, soif. T. 38,2. P. 120. Torpeur.

Soir. T. 38,7. P. 124. Douleurs.

Le 4 matin. Vomissements, nausées, agitation. T. 37,6. P. 120. On renouvelle le pansement. Etat local bon.

Soir, 10 heures. Délire. Pouls 160. Mort à 1 heure du matin.

A l'autopsie. — Péritonite localisée au petit bassin.

Tumeur 6 kilogrammes.

Après une discussion, les membres de la Société médicale du nord ne partagent pas la même opinion sur la cause de la mort. Septicémie aiguë dit M. Parise, sorte de rechute de Shock, dit M. Cuignet.

Tumeur fibreuse de l'utérus adhérente au bassin. Extirpation. Mort. Par E. Bœckel.

(In Gaz. méd. de Strasbourg, 1876).

M..., non mariée, sans enfants. Grande, lymphatique, porte des traces de scrofule. Pas de maladies antérieures. Réglée à 16 ans. La malade a constaté il y a sept ans qu'il y avait une grosseur dans son ventre. A cette époque, le flux menstruel diminue. La tumeur n'est gênante que par son volume.

Examen. — Tumeur dure, sans fluctuation. Elle s'étend à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; elle est mobile. Le col est très haut à gauche ; situation normale de la vessie ; accroissement rapide depuis un an.

Le début de la tumeur dans la fosse iliaque gauche, sa forme, sa consistance, ses rapports avec l'utérus, l'absence d'hémorrhagie, tout cela réuni fait diagnostiquer une tumeur sous-péritonéale.

L'âge de la malade, la crainte d'hémorrhagies ultérieures, l'ac-

croissement rapide du néoplasme depuis un an militent en faveur d'une opération à laquelle la malade consent.

Opération le 1er avril. Rien de particulier, si ce n'est une hémorrhagie assez abondante (500 grammes de sang environ).

Poids 4,000 grammes.

La malade est très abattue par suite de l'opération. Vomissements les jours suivants. Le 2 avril on renouvelle le pansement qui, d'ailleurs, était presque intact.

4 Avril. Teinte ictérique prononcée. Le visage s'altère et la malade présentant tous les signes de péritonite meurt le 5 avril à 4 heures du matin.

Cependant la malade est morte d'un phlegmon sous-péritonéal et non d'une péritonite aiguë comme on était en droit de le supposer.

Autopsie. — *Rate* volumineuse.

Rein, quelques petits kystes à gauche.

Vésicule biliaire, un calcul.

L'excavation vésico-utérine est pleine de pus rougeâtre. Si le drainage de l'espace de Douglas avait été pratiqué, comme on a soin de le faire dans la plupart des cas, le pus s'écoulant par le tube, la malade eut peut-être guéri, comme le fait remarquer M. le professeur Bœckel.

Tumeur fibreuse interstitielle de l'utérus. Hystérectomie. Guérison. Par le Dr Hégar (de Fribourg).

Mme D..., 42 ans, 3 enfants, le dernier il y a déjà treize ans. Depuis un grand nombre d'années déjà les règles sont abondantes, et depuis trois ans elle remarque que le bas-ventre augmente de volume. Il y a cinq ans le médecin traitant constata la présence d'une tumeur fibreuse. Il y a environ trois ans je vis la malade pour la première fois et je trouvai une tumeur qui n'atteignait pas tout à fait l'ombilic. Depuis les ménorrhagies sont devenues plus fortes; elles durent souvent quinze jours, pendant lesquels elle doit garder continuellement le lit. Eaux, ergotine, tamponnements furent employés sans résultat durable. L'incommodité résultant du poids de la tumeur, qui a pris un fort accroissement l'année dernière est considérable. Cette femme pleine de courage et d'énergie désire instamment se voir débarrassée de cette tumeur.

Relativement aux hémorrhagies abondantes les forces sont bon-

nes. Du moins la malade qui digère très bien reprend toujours des forces jusqu'à ce que les règles fassent leur apparition. Cependant elle s'avance visiblement vers l'anémie.

Le diagnostic porté fut : myome interstitiel. Il était libre d'adhérence importante. En général, on considère le cas comme favorable, il n'y a qu'un point qui paraît nettement défavorable, c'est la brièveté et l'épaisseur du col utérin qui doit servir de pédicule, ou de la partie du col qui n'a pas été envahie par le néoplasme.

Les hémorrhagies abondantes, l'accroissement plus rapide de la tumeur dans ces derniers temps, l'état favorable des adhérences me décidèrent à obtempérer au désir de la malade et l'opération fut entreprise.

L'incision abdominale commence à 6 centimètres au-dessous de l'ombilic et finit à 1 centimètre au-dessus du sein. Après l'ouverture du péritoine, on voit la tumeur qui est d'une vascularisation extraordinaire. Je plongeai la main dans l'abdomen pour me renseigner sur les dimensions de la tumeur et surtout sur les rapports du col. En cette occasion je vis de nouveau combien le pédicule était petit. Les ligaments larges s'inséraient très haut sur la tumeur, ils étaient cependant plissés et lâchés de sorte que j'aurais pû mettre une chaîne d'écraseur autour du col et en même temps une autour des ligaments. Cependant cela me paraît inutile, car je suis persuadé que je pourrai faire sortir la tumeur sans diminuer préalablement son volume. Je la saisis donc avec une pince, la fis tourner sur son axe longitudinal de façon à faire entrer dans l'incision le diamètre transversal et je la tirai alors facilement au dehors. Malheureusement le court pédicule se tendit d'une façon considérable. Un cathéter introduit dans la vessie servit à indiquer sa situation. Je pus avec peine passer l'aiguille et la double ligature en fer au-dessous de la tumeur au travers du col de l'utérus. Je sectionnai alors la tumeur à une distance notable des ligatures. Il s'écoula beaucoup de sang et de sérosité sanguinolente, c'est pourquoi pendant la section les fils furent successivement serrés plus solidement, en de telles circonstances cela est nécessaire, parce que par l'écoulement de sang et de liquide hors de la tumeur le fil peut se desserrer et même glisser. Quand la plus grande partie de la tumeur fut enlevée, je mis encore, pour plus de sûreté, une ligature immédiatement au-dessus des deux ligatures principales. Je sectionnai alors le reste de la tumeur et ne laissai au plus qu'un morceau de 2 ou 3 centimètres

de long; je voulus alors passer une longue aiguille au-dessous des fils de fer, au travers la paroi abdominale et du moignon utérin ; mais je ne pus y réussir. Je fus donc obligé de la passer au-dessus de la ligature par le morceau que j'avais laissé. La plaie fut réunie et l'on mit un bandage compressif. L'opération avait duré environ une heure et quart. Cette longueur est due aux hésitations inspirées par l'état asphyxique de la malade, état qui s'était développé sous l'influence de sa constitution strumeuse à un assez haut degré.

Poids de la tumeur 4 kilog.

Elle est constituée par l'utérus énormément augmenté de volume. Le myome s'est développé aux dépens de sa paroi postérieure, et est solidement fondu avec elle. La paroi antérieure est très hypertrophiée, mais d'une façon régulière ; elle a bien 2 centimètres d'épaisseur.

Le cours de la guérison offre beaucoup d'intérêt à cause de la façon dont je fus forcé de traiter la malade dans la suite. Je vais donc entrer à ce sujet dans quelques détails :

Dans les deux premiers jours, douleurs s'irradiant des reins vers l'abdomen. Ces douleurs sont continues, mais leur intensité augmente toutes les 10 ou 15 minutes, c'est à peine si elles sont quelque peu calmées par de fortes doses de morphine ou d'opium. De plus, hoquet continuel, efforts et envie de vomir, ce qui ne disparut que le second jour quand je la fis réellement vomir avec de l'eau tiède. Elle put uriner seule dès le commencement. Le troisième jour la température s'élève à 40° et le pouls à 100. Il n'y a plus ni douleurs, ni envies de vomir. La malade prend du lait caillé et de la soupe à la crème. Toute autre chose lui est on ne peut plus contraire. Quand on défait le pansement on voit qu'une grande eschare noirâtre couvre, à la façon d'un champignon, tout l'angle inférieur de la plaie. L'aiguille s'est creusée dans la paroi abdominale un sillon profond, de sorte que celle-ci la recouvre. Du quatrième au dixième jour, le matin, la température est un peu au-dessus de 38°, le soir, elle varie de 38°,7 à 39°,2. Le pouls ne s'élève pas au-dessus de 90. L'appétit revient un peu et la malade commence à manger du potage, des œufs et de la viande légère. Le sommeil est bon. La sécrétion par la plaie est excessivement abondante, d'une odeur de gangrène intense. Les parties décomposées qui constituent l'eschare sont enlevées successivement avec des ciseaux. Le huitième jour toutes les sutures abdominales sont enlevées, le onzième jour,

j'enlève avec les ciseaux le pédicule gangrené jusqu'auprès des ligatures. La malade quitte le lit au bout de 41 jours.

Observations d'hystérectomie faites au moyen de la ligature élastique à la place de Clamp.

(Du Dr B.-G. Kleberg, chirurgien de l'hôpital de la ville d'Odessa (Russie). Peterburg med. Wochens., nº du 6 oct. 1878).

Myome de l'uterus. — Utérotomie avec ablation des deux ovaires. Guérison.

Bluma Gerschkovitch, 40 ans, souffre depuis trois ans d'une tumeur au bas ventre augmentant constamment. L'état général est bon; règles toujours régulières et sans douleurs, quoique peu abondantes. La malade n'a jamais eu d'enfants. Etat actuel : on sent à travers la paroi abdominale une tumeur unie, dure, élastique, nullement fluctuante, assez mobile, sortant du petit bassin et de la grosseur d'une tête d'homme. A l'exploration interne on trouve la partie vaginale à peine grossie, s'implantant directement dans la tumeur et se mouvant avec elle. La sonde s'enfonce seulement de deux pouces et demi dans la cavité utérine.

Diagnostic. — Tumeur de l'utérus probablement de nature sarcomateuse, La malade me presse de la lui enlever, car son poids lui interdit tout travail, et de plus elle lui cause des douleurs violentes au bas des reins et dans les cuisses lorsqu'elle marche ou se tient debout.

8 juillet. La malade prend 15 gouttes de teinture d'opium et on passe au chloroforme. Incision sur la ligne blanche depuis le pubis jusqu'à la moitié de l'espace compris entre l'ombilic et le sternum, l'ombilic étant bien entendu entouré à gauche. Ascite légère, pas d'adhérences, le col de l'utérus tient immédiatement à la tumeur en forme de sablier, ligaments larges très-étendus des deux côtés traversés par des veines et des artères très développées, ovaires dans leur état normal. Un trocart d'un centimètre d'épaisseur est enfoncé dans le col de l'utérus d'avant en arrière ; le stylet retiré, j'introduis par la canule quatre drains élastiques (non troués) longs d'un pouce et demi et chacun d'un demi-centimètre

de grosseur; la canule est retirée, alors deux des drains sont conduits sous l'ovaire droit et noués après avoir été tirés aussi solidement que possible; chacun des nœuds est consolidé par une ligature de soie. La même opération est faite à gauche avec les deux drains restant, de telle sorte que la tumeur, les ligaments sacrés, les ligaments ronds et les ovaires se trouvent au-dessous de la ligature élastique.

La tumeur, les ligaments et les ovaires sont alors enlevés avec un bistouri, à un pouce des ligatures. Pas la moindre trace d'hémorrhagie, malgré la section d'artères plus grosses que la radiale. J'eus la satisfaction d'observer pendant l'extirpation de la tumeur, combien les ligatures élastiques s'accommodent facilement des changements de pression, elles suivent pour ainsi dire le bistouri; comme le feraient des organes vivants. Le moignon glisse alors avec les ligatures dans le petit bassin, les huit bouts des drains en caoutchouc émergent de la plaie.

Après un nettoyage minutieux du péritoine huit autres drains en caoutchouc (ceux-ci avec trous) sont introduits dans des endroits différents, jusqu'au fond du petit bassin. Tous les drains sont fixés dans l'angle inférieur de la plaie, la cavité intestinale est refermée par six sutures nouées, le milieu est consolidé par des bandes circulaires en diachylon; sur le tout, un bandage. Pendant toute l'opération, pulvérisation d'acide carbolique (acide phénique).

La tumeur extraite pesait 10 livres (soit 4 kilogs, la livre russe valant environ 400 grammes).

Le soir. Température 36°, 5, Pouls 96. Léger vomissement, presque pas de douleur. Peau fraîche, humide, émission considérable par les drains de sérosité sanglante.

Le 9 juillet. Température 37°, 6. Pouls 96. Grand écoulement de sérosité. Peau fraîche, humide. Soir. Température 37°, 6. Pouls 108.

Le 10. Température 36°, 5. Pouls 108. Ecoulement moins grand, moins sanglant; peau et extrémités toujours fraîches.

Médication. — Toutes les heures, une cuillerée de bouillon avec du Xérès.

Soir. Température 37° 6. Pouls 108.

Le 11. Température 37°, 6 Pouls 108.

Soir. Température 37°, 8. Pouls 100.

Le 12. Température 37°, 6. Pouls 90.

Soir. Température 37°, 8. Pouls 90.

L'écoulement par les drains continue; mais modéré, les bandages transpercés par l'écoulement séreux sont changés deux fois par jour sous une pulvérisation d'acide carbolique. Le même état, c'est-à-dire basses températures avec un pouls relativement élevé, dure jusqu'au 15 juillet.

Le 15. Les sutures sont enlevées.

Le 16. Une selle, après l'administration d'huile de ricin.

Le 17. Le matin température normale, le soir 40°, pouls 120. La malade se sentant bien, avait commis l'imprudence de s'asseoir sur son lit, profitant de l'absence momentanée de la sœur. 20 gouttes de teinture d'opium.

Le 18. La température redevient normale.

Le 20. Le moignon s'est détaché, les ligatures élastiques tiennent encore. A partir de ce moment on enlève chaque jour un drain.

Le 2 août. Les ligatures élastiques sont enlevées. Les nœuds rugueux inégaux se trouvant collés dans la cicatrice, je n'aurais pu enlever les ligatures beaucoup plus tôt.

Le 20. La malade tout à fait rétablie sort de l'hôpital.

Le 3 décembre. Elle vient se remontrer, se plaignant d'affections hystériques de diverses natures, mais en somme en très bon état.

Fibro-chondrome de l'utérus. — Kystes multiloculaires des deux ovaires. — Hystérotomie avec extirpation des deux ovaires. — Guérison.

Julia Romanowski, 38 ans, *vierge*, s'était aperçue déjà depuis trois ans d'une tumeur au bas-ventre qui s'était surtout développée depuis un an et qui lui causait de vives douleurs. Les règles avaient toujours été régulières; état général satisfaisant; la malade très forte (très musclée), mais maigre.

La tumeur, très dure, inégale, dépasse de trois travers de doigt l'ombilic, et ne peut qu'avec peine être soulevée hors du petit bassin, mais alors il est facile de constater qu'il n'y a pas d'adhérences avec les parois du bassin.

15 avril 1877. L'hystérotomie est pratiquée tout à fait dans les conditions déjà décrites dans la première observation, et le même pansement appliqué.

La température la plus élevée après l'opération est 37, 8 ; le pouls le plus fréquent 84 ; déjà au 3e jour, temp. 37, pouls 60 ; les deux restent dans les conditions normales pendant tout le traitement.

Le 25. Toutes les sutures sont enlevées.

1er mai. Les ligatures tombent d'un côté ainsi que le moignon.

Le 8. Les ligatures tombent de l'autre côté. A partir de ce moment les drains sont enlevés consécutivement, et le 23 mai la malade sort guérie de l'hôpital.

La tumeur qui partait du fond de l'utérus est, à cause de sa rareté, examinée par le docteur Strogonow, notre prosecteur, et ses particularités sont décrites dans les travaux des médecins de l'hôpital de la ville. Les deux ovaires étaient pourvus d'une quantité de petits kystes, sans pour cela former des tumeurs massives.

Hystérectomie sus-vaginale. — Oubli d'une éponge dans l'abdomen. Sortie de celle-ci. — Guérison.

(Par le Dr Werneck, chirurgien de l'hôpital San-Sebastiao, à Rio-de-Janeiro).
(Communication du Dr O. Caire).

Mme X..., 32 ans, mariée, deux enfants, atteinte de tumeur abdominale ne la gênant que par son volume (pas de douleur, pas d'hémorrhagie, bon état général).

Diagnostic : Corps fibreux de l'utérus avec une ascite légère qui avait été ponctionnée deux fois.

Opération : méthode antiseptique de Lister. Chloroforme. Incision ne dépassant pas en haut l'ombilic. Tumeur fibreuse pédiculée comprenant les deux ovaires, pas d'adhérences. Le pédicule est implanté sur le fond de l'utérus. Le corps de l'organe est mou, friable ; aussi le chirurgien se décide à faire l'amputation sus-vaginale avec le thermocautère de Paquelin. Quelques sutures perdues faites avec du catgut. Pas de drainage.

Suites de l'opération heureuses. Mais au bout de deux mois tandis que tout le reste de l'incision était depuis longtemps cicatrisé, la partie inférieure présentait à la place du pédicule tombé un infundibulum purulent. Un jour la malade voit paraître par ce point quelque chose qu'elle prend pour ses intestins Effrayée, elle fait

appeler l'interne qui extrait avec une pince une éponge. Quelques jours après la fistule s'était fermée et la malade sortit entièrement guérie.

Observations du docteur Marion Sims (de New-York).

(American Journal of medical sciences, vol. 69, p. 582.)

I. — La première malade était très affaiblie par une très violente hémorrhagie. En séparant un gros paquet d'intestins de la surface de la tumeur, la capsule de la tumeur fut déchirée, de grosses veines furent ouvertes et la malade perdit près de 16 onces de sang. Elle ne revint jamais à elle et mourut trente-cinq ou quarante minutes après l'opération. La tumeur était un fibrôme.

II. — La seconde malade avait eu de fréquentes hémorrhagies et était complètement anémique. Elle fut opérée d'après la méthode de Péan et mourut de septicémie soixante-seize heures après. L'autopsie montra le pédicule gangréné au-dessous du clamp. L'eschare s'étendait sur toute la longueur de la section abdominale, sur le sommet de la vessie et dans les ligaments larges. Il y avait 18 onces de sérosité dans la cavité péritonéale.

Observation du docteur Moore (de Rochester).

(American Journal of medical sciences, vol. 69, p. 82.)

Tumeur utérine de 17 livres. Il modifie la méthode employée par le professeur Miner (de Buffalo) dans l'ovariotomie dite « par énucléation. » Il forme un pédicule en séparant une portion de membrane séreuse de la surface de l'utérus et de la tumeur et en l'attirant dans la section abdominale où elle est retenue comme dans l'ovariotomie et où elle forme une sorte de coupe qui reçoit le sang et le pus et les empêchent de pénétrer dans la cavité abdominales.

Le résultat fut heureux.

Observations du Dr Lawson Tait.

(British medical Journal, 1878, p. 15.)

I. — La première fut faite à cause d'obstruction intestinale persistante causée par un myome. La malade guérit.

II. — La deuxième consistait en l'extraction d'un myome mou grossissant rapidement et arrivant presque au cartilage xyphoïde, chez une femme de 45 ans. La tumeur remuait librement et avait très peu d'adhérences. Un clamp fut appliqué au pédicule. La malade mourut le cinquième jour après l'opération. On vit que la tumeur enveloppait l'utérus sur près de six pouces.

III. — Dans le troisième cas, la malade, âgée de 41 ans, avait un fibroïde multiple, montant jusqu'à l'ombilic. Pas de souffrances, seulement un peu de pression de temps en temps sur les intestins. M. Lawson Tait ne voulait pas opérer, mais sur la demande expresse de la malade, le fit le 19 mai 1877. Elle mourut le 22.

IV. — Dans le dernier cas, la malade souffrait d'une tumeur de nature douteuse. Un médecin fit une ponction et la tumeur augmenta rapidement de volume depuis et la santé de la malade s'en ressentit. La tumeur fut enlevée. Un clamp mis au pédicule et la guérison se fit rapidement.

Plus tard, dans le même journal (page 71), le même auteur rapporte un nouveau cas.

V. — Gros myome œdémateux de l'utérus, de 20 livres et quelques onces enlevé par la section abdominale.

Observation du Dr Routh, communiquée à la Société obstétricale de Londres.

(The American J. of med., 1876.)

Hystérectomie. — Abcès. — Bains froids. — Guérison.

Mme X..., 32 ans, est opérée d'un fibrôme utérin sous-péritonéal, pesant 17 livres. Suites de l'opération heureuses jusqu'au cinquième jour. Le cinquième jour, fièvre. Temp. 105, F.

Prescription. Un grand bain froid de trois quarts d'heure. La temp. baisse à 100, F., et un quart d'heure après le bain elle est à 97, F.

Le douzième jour, la température s'élève à nouveau, 104, F. Nouveau grand bain froid et la temp. tombe à 99, F.

Le dix-huitième jour on retire par le vagin et au moyen de l'aspirateur 5 onces de pus fétide. Lavage avec des injections iodées.

Le chirurgien sent un abcès, l'ouvre par le rectum, place un tube à drainage.

Guérison complète.

Observations d'hystérotomies

Par Müller (1).

Fibromyome du corps utérin ayant les dimensions d'une tête d'enfant ; élongation et prolapsus utérins ; extirpation de la tumeur et du fond de l'utérus.

Fille de 48 ans, multipare, atteinte depuis onze ans d'une procidence de la matrice qui n'a fait qu'augmenter malgré les pessaires. Le prolapsus est vésico-vagino-utérin. Sur la ligne médiane s'élève, du petit bassin, une énorme tumeur dure, arrondie, à surface lisse, un peu mobile en haut et se laissant déplacer facilement sur les côtés ; elle dépasse de 6 centimètres le niveau de l'ombilic. L'hystéromètre pénètre de 19 centimètres en se dirigeant un peu en arrière et à gauche, l'utérus est cylindrique, de la grosseur du pouce. Après réduction de la matrice, on sent à travers le cul-de-sac vaginal antérieur le segment inférieur mobile de la tumeur perçue extérieurement.

Müller diagnostiqua une tumeur partant de l'ovaire ou du ligament large et il se décida à opérer la malade pour la débarrasser de son prolapsus.

Les téguments abdominaux furent d'abord incisés sous le brouillard phéniqué, dans une étendue de 10 centimètres; Müller re-

(1) Corr. Bl. f. Schweiz. Aerzte, nos 28 et 21, 1878, trad. dans Revue de Hayem, XIV, p. 183.

connut alors que la tumeur, qui n'offrait aucune adhérence, était un fibro-myome plus gros qu'une tête d'enfant, et partant de la paroi utérine antérieure. Il prolongea l'incision abdominale jusqu'à l'ombilic afin d'extraire facilement la tumeur. A l'aide d'un clamp, construit sur le modèle de celui de Spencer Wells, mais beaucoup plus fort et d'une grandeur triple, il saisit l'utérus et les ligaments, sous les ovaires, au-dessous de la tumeur qui fut extirpée avec le corps de la matrice. La plaie abdominale fut refermée par de nombreux points de suture comprenant le péritoine et un pansement de Lister fut appliqué. Après l'opération, la température n'a jamais dépassé 38,5; en revanche, le pouls fut très fréquent et intermittent.

Le quinzième jour après l'opération, on reconnut que le point de suture le plus rapproché du clamp s'était rompu en laissant passer une anse d'intestin qui ne tarda pas à se recouvrir de bourgeons charnus, sans donner lieu à aucun accident. Le clamp tomba le lendemain. Le cul-de-sac de Douglas était alors rempli par un épanchement considérable qui fut évacué progressivement par les garde-robes.

Actuellement la plaie abdominale est entièrement cicatrisée. La portion d'utérus restant est soudée à la paroi antérieure; l'hystéromètre peut pénétrer de 4 centimètres.

Prolapsus complet avec élongation de l'utérus. Fibrômes du corps utérin. Hystérotomie.

Fille de 49 ans, multipare. A la suite de l'opération, apyrexie continue, mais envies de vomir; durant les deux premiers jours, hémorrhagies considérable par le pédicule, qu'on arrèta en augmentant la constriction exercée par le clamp. Le cinquième jour phlegmon, au niveau de l'extrémité supérieure de la plaie abdominale. Aujourd'hui, dixième jour, le clamp est encore en place, mais l'état local et l'état général de l'opérée sont tout à fait satisfaisants

Fibro-myome rétropéritonéal de la paroi postérieure de l'utérus. Volume d'une tête d'adulte. Hystérectomie. Guérison.

(Observation du Dr Billroth (de Vienne). In Gazette médicale hebdomadaire de Vienne, 1879.)

Adèle B..., 39 ans, fille gouvernante. Bien réglée depuis l'âge de 13 ans, mais toujours très abondamment. La malade s'est toujours bien portée. Point d'enfants. Les écoulements de sang menstruels augmentent d'intensité. La durée des règles est de deux semaines entières. Elles sont accompagnées de violentes douleurs dans l'hypogastre droit. On emploie des médicaments qui calment momentanément les douleurs subjectives. Depuis trois ans la malade dit qu'elle remarque « qu'il pousse quelque chose dans son ventre, » en même temps les douleurs dont nous avons parlé augmentent aussi. Pendant les derniers temps les douleurs augmentent d'intensité tandis que la tumeur de l'abdomen s'accroît. Douleurs qui rayonnent maintenant à droite à un degré d'intensité insupportable.

Par les pertes et les troubles survenus pendant les derniers mois dans la digestion et la défécation, la malade est tellement abattue physiquement et moralement qu'elle est incapable de toute occupation sérieuse. 1er novembre 1878.

Entrée à l'hôpital après l'examen. On trouve au-dessus du pubis une tumeur plus grosse qu'une tête d'adulte, dure sans fluctuation, très-peu morbide.

L'opération fut décidée. Précautions antiseptiques. Incision de l'abdomen sur la ligne blanche de la symphyse à l'ombilic. Hémorrhagie assez abondante qui nécessite dix ligatures. En dégageant la tumeur on vit qu'en haut et à gauche une adhérence large, étendue et par place, très intime, l'unissait au colon transverse. Pour rompre cette adhérence, on doit sortir de la cavité abdominale les intestins qui l'entourent, et on met par place des ligatures en masse. Après cela il se présente un second obstacle très sérieux. La plus grande portion de la tumeur siége derrière le péritoine. Ici encore on doit en faire la séparation pas à pas avec des ligatures en masse, de sorte qu'il en faut plus de vingt-cinq. Comme l'ovaire droit se montre dégénéré en un kyste de la grosseur du poing, on l'enlève par la même occasion. L'ovaire gauche qui est sain est conservé.

Maintenant, pour pouvoir former au col un pédicule convenable, on doit rompre, en appliquant quelques ligatures en masse, les adhérences avec la vessie, lesquelles s'étendent très haut, et alors seulement on place un gros clamp dans la cavité de l'orifice interne, autour du gros pédicule utérin.

On enlève avec le bistouri l'utérus dégénéré. Toilette du péritoine. Deux drains dans l'espace de Douglas. Dix sutures profondes, six superficielles. Pansement de Lister.

L'opération dura deux heures. La perte de sang fut peu considérable à cause des soins qu'on apporta à faire l'hémostase.

L'utérus extirpé pesait environ 6 kil. C'était un fibro-myome de consistance éminemment solide.

La paroi antérieure de l'utérus paraissait amincie de 2 ou 3 millimètres.

La guérison suivit son cours à part quelques accidents passagers.

Le premier pansement resta quatre jours et pendant ce temps l'état de la malade fut passable. — P. 100 à 120.

T. entre 37 et 38. Les douleurs assez intenses qu'elle éprouve au commencement furent calmées avec de l'opium.

Le cinquième jour on changea le pansement pour la première fois. Petite quantité de liquide séro-sanguinolent.

Il se montre en outre un peu de météorisme ; il augmente d'intensité dans la journée, et la malade vomit un liquide d'odeur fécaloide, tandis que ni matières, ni gaz ne sont sortis par le rectum depuis l'opération.

Ces symptômes doivent être attribués à un empêchement purement mécanique qui existe dans l'intestin. Injection de 6 litres d'eau par le rectum. A la suite de cette injection, il s'échappe de nombreux gaz et un peu plus tard des matières fécales.

En même temps les phénomènes menaçants disparaissent.

Le sixième jour on enlève le drain et une partie des sutures, le huitième on enlève le reste. On nettoie bien la plaie de l'abdomen jusqu'aux environs du clamp, qui, par un de ses bouts, produit et occasionne ainsi une suppuration un peu plus longue.

Le quinzième jour on enlève le clamp, ce qui fait disparaître le pédicule au fond de la plaie qui a la forme d'un entonnoir. Les lèvres de la plaie sont réunies par des bandes de diachylon. La guérison de la malade est suspendue par une pleurésie gauche avec un énorme épanchement. La malade fut retenue au lit quatre semai-

nes et ne put le quitter avec une ceinture que le 19 décembre, c'est-à-dire 48 jours après l'opération.

La plaie était fermée à l'exception d'une petite fistule qui sécrétait un peu de liquide. L'épanchement pleurétique était très diminué. Le 28 décembre la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

La fistule sécrétait encore un peu de liquide séro-purulent et conduisait dans une longueur de 6 à 7 centimètres jusqu'au moignon utérin sans qu'aucune communication avec le canal du col utérin ait été démontrée. Du reste il n'y eut aucun trouble du côté du bas-ventre.

La malade ne peut arriver à une convalescence satisfaisante, elle ne peut recouvrer ses forces. On ne saurait dire que cela dépend de la fistule abdominale qui laisse écouler fort peu de liquide, cependant en mars 1879, la malade fut reçue de nouveau à l'hôpital pour quelque temps. On dilata la fistule au moyen de laminaire qu'on y enfonça et on se mit à la recherche d'une ligature qui y était probablement restée. Malheureusement l'opération n'eut pas le résultat désiré puisque nous ne pûmes saisir aucune ligature. Il restait encore un peu de l'exsudat pleurétique.

Résumé des vingt-cinq cas d'hystérotomies

faites par M. Péan depuis 1875 au mois de décembre 1878.
(In Leçons de clinique chirurgicale, t. I et II.)

N° 192. — Médecin traitant : MM. Bouvyer et Love. — Mme X..., âgée de 32 ans, atteinte de fibrôme interstitiel de l'utérus.

Le ventre ouvert, le paquet intestinal est projeté hors du ventre pendant un effort de vomissement ; il fut tenu enveloppé dans des serviettes chauffées, car il ne put être réduit dans le ventre qu'après l'ablation de la tumeur par morcellement ; la section de l'utérus porte sur son col, un peu au-dessus de l'insertion vaginale. Moignon utérin fixé à l'angle inférieur de la plaie. Extirpation des ovaires. Poids du myome et des parois utérines enlevés : 4,200 grammes. Guérison.

N° 193. — Mme X..., âgée de 37 ans, atteinte de fibrôme interstitiel de l'utérus.

Amputation de tout le corps utérin ; avec lui sont enlevés les trompes et les ovaires. Moignon fixé à l'angle inférieur. Toilette du péritoine. Myome développé dans la paroi latérale droite de l'utérus ; les parois de la matrice hypertrophiées, épaisses de 0m06. Un kyste du volume d'une noisette dans l'ovaire droit, le gauche sain. Poids de la tumeur, 4,225 grammes. Guérison.

N° 194. — Médecin traitant : M. Guérard. — Mme X..., âgée de 46 ans, atteinte de fibrôme interstitiel de l'utérus.

Développé dans le fond de l'organe ; parois utérines hypertrophiées, épaisses de 4 centimètres. Ablation par morcellement ; amputation sur la partie sus-vaginale de l'organe. Extirpation des ovaires. Hémorrhagie pendant l'opération par pression insuffisante des serre-nœuds ; moignon à l'angle inférieur. Poids : 3,860 grammes. Guérison.

N° 195. — Mme X..., âgée de 42 ans, atteinte de fibrômes multiples, interstitiels, sous-péritonéaux et sous-muqueux.

200 grammes d'ascite ; surface de la tumeur mamelonnée et lobulée. Morcellement. Environ trente-sept myomes indépendants, de diverses grosseurs, les uns interstitiels, d'autres sous-muqueux et sous-péritonéaux. Enucléation de myomes logés au niveau des culs-de-sac utéro-vésical et utéro-rectal. Amputation portant très bas sur le col ; moignon à l'angle inférieur.

Extirpation des ovaires et des trompes.

Poids : 3,780 grammes.

Guérison. Dans la suite, retour à plusieurs reprises des signes ordinaires de la menstruation avec écoulement sanguin par la vulve et le pédicule.

N° 196. — Mme X..., âgée de 39 ans, atteinte de fibrôme interstitiel, principalement développé dans le fond et la paroi latérale droite de l'utérus qui soulève et exhausse le ligament large et l'ovaire droit, tandis que les organes correspondants du côté gauche sont profondément engagés sous la tumeur. Ablation par morcellement du fond de l'utérus et de la moitié supérieure droite de l'organe ; extirpation de l'ovaire et de la trompe du même côté.

Moignon à l'angle inférieur de la plaie.

Poids : 3,125 grammes.

Morte le neuvième jour, hématocèle rétro-utérine, l'hémorrhagie s'étant faite à la surface de l'ovaire gauche conservé.

N° 197. — Médecin traitant : M. Bernard.

Mme X..., âgée de 24 ans, atteinte de fibrôme calcifié par places.

Tumeur énorme dépassant l'ombilic de quatre travers de doigt; adhérences très étendues avec l'épiploon. Morcellement long et pénible, tant la tumeur est dense et volumineuse. Grande vascularité dont on se rend difficilement maître par suite de la densité du tissu fibreux. Résection d'une portion d'épiploon. Conservation du côté gauche de la coque cellulo-fibreuse qui développait la tumeur. Trente pinces laissées à demeure sur les vaisseaux. Amputation au-dessus de l'insertion vaginale. Durée de l'opération, six heures.

Poids du fibrôme, 16 kilog. 500 gr.

Morte le 5e jour par étranglement interne, causé par une bride épiploïque enflammée et devenue adhérente.

N° 198. — Mme X..., âgée de 41 ans, atteinte de fibrôme interstitiel de l'utérus (fond de l'utérus).

Ablation par morcellement. Amputation portant sur la moitié inférieure du corps de l'utérus, et comprenant les trompes et les ligaments de l'ovaire. Les deux ovaires conservés. Pédicule fixé à l'angle inférieur. Volume d'une tête d'adulte.

Guérison. Le flux menstruel a régulièrement persisté par la suite.

N° 199. — Mme X..., âgée de 43 ans, atteinte de fibrome interstitiel de l'utérus (fond de l'utérus).

Tumeur d'abord dure et franchement fibreuse, puis se ramollissant et donnant une fausse fluctuation dans les dernières semaines qui précèdent l'opération.

Un peu d'ascite. Morcellement. Amputation portant sur l'union du corps et du col. Kyste sanguin du volume d'un œuf de poule, développé dans un des pavillons des trompes et des ovaires, Pédicule à l'angle inférieur.

Poids : 2,850 grammes.

Guérison.

N° 200. — Mme X..., âgée de 51 ans, atteinte de fibrôme interstitiel de l'utérus (fond de l'utérus).

Tumeur principalement développée en hauteur, envoyant par en haut deux grands lobes qui s'engagent profondément sous chaque hypochondre. La tumeur est bridée de toutes parts par des anses intestinales. Autour de la tumeur, une enveloppe cellulo-vasculaire qui adhère aux organes voisins, notamment à la vessie qui est fortement entraînée en haut et en avant. Sa cavité se trouve divisée en deux parties par la forte pression que le pubis exerce sur elle et la tumeur; aussi la sonde engagée dans l'urèthre ne renseigne-t-elle pas sur l'existence de la deuxième cavité dans laquelle elle ne peut pénétrer.

Morcellement; décollement et dissection de la coque cellulo-vasculaire. En l'incisant sur la ligne médiane, le bistouri atteint le fond de la vessie qu'elle revêt. Suture de cette incision. Amputation de l'utérus tout près de son insertion vaginale. Moignon à l'angle inférieur; ablation des trompes et des ovaires. Opération très laborieuse ; durée, cinq heures. Poids, 5,850 grammes.

Morte le 3e jour par épuisement et péritonite partielle.

N° 201. — Mme X..., âgée de 41 ans, atteinte de fibrôme creusé de géodes sous-péritonéales (fond de l'utérus).

Tumeur sous-péritonéale développée sur le fond de l'utérus hypertrophié, contenant dans son intérieur de nombreuses géodes, et infiltrée d'une telle quantité de sérosités que le diagnostic était resté incertain pour quelques chirurgiens. Morcellement. Amputation portant sur le corps de l'utérus. Ovaire gauche dégénéré et extirpé. Pédicule à l'angle inférieur. Poids du fibrôme, 5,475 gr. Apparition des règles le soir de l'opération. Pendant le traitement, formation d'un phlegmon de la fosse iliaque qui est évacué spontanément par le rectum. Troubles mentaux présentés par la malade avant l'opération et ne se reproduisant plus par la suite.

Guérison.

N° 202. — Mme X..., âgée de 48 ans. Tumeur irrégulière formée de deux parties distinctes : une interstitielle sur le fond de l'utérus ; une autre sous-péritonéale sur la face antérieure du corps; la première causée de géodes dans la première portion, plus pro-

fondément fibreuse et infiltrée ; la deuxième très dure et cartilagineuse. Hypertrophie considérable des parois et de la cavité de l'utérus, y compris le col. Ablation par morcellement ; difficulté d'enlever ce prolongement antérieur qui s'étend dans le cul-de-sac vésico-utérin. Ablation des trompes et des deux ovaires. Kystes flottants et tubulés appendus au corps de Rosenmüller.

Poids du fibrôme, 13 kil. 325 gr.

Guérison.

N° 203. — Mme X..., âgée de 39 ans, atteinte de fibrômes multiples et interstitiels de l'utérus (fond de l'utérus).

Tumeurs multiples enchatonnées au milieu de fibres utérines fortement hypertrophiées. Plusieurs de ces tumeurs peu denses, quelques-unes molles et infiltrées, d'autres fort dures. Le fond de l'utérus principalement développé en largeur. Morcellement. Ablation des trompes et des deux ovaires hypertrophiés ; un kyste sanguin dans l'ovaire gauche. Amputation portant très bas. Pédicule difficile à fixer, à cause de l'épaisseur des parois abdominales et de sa brièveté.

Morte le 3e jour par péritonite.

N° 204. — Mme X..., âgée de 41 ans, atteinte de fibrome interstitiel de l'utérus (fond de l'utérus).

Tumeur principalement développée sur le fond de l'utérus, et enveloppant complètement le corps de l'organe dans sa moitié supérieure. Toute cette partie considérablement hypertrophiée. Ligature métallique placée au-dessous de la tumeur, puis excision en masse de celle-ci. Les dernières portions sont enlevées par morcellement, jusqu'à ce que le couteau rencontre un tissu utérin normal.

Toute la trompe gauche hypertrophiée est enlevée avec la tumeur, une partie de la trompe droite reste au-dessous de la ligature. Conservation des deux ovaires qui sont normaux.

Moignon fixé à l'angle inférieur. Poids de la tumeur : 3 kilogrammes. Premières suites de l'opération peu favorables ; phlegmon.

Guérison. — Bien réglée. Dans les premiers mois, station verticale gênée par la traction du moignon utérin devenu adhérent aux parois du ventre. Inconvénient graduellement dissipé par l'élongation de la bride.

N° 205. — Mme X..., âgée de 31 ans, atteinte de fibrôme interstitiel de l'utérus (fond de l'organe).

Le myome occupe plus particulièrement le fond de l'organe, et celui-ci est considérablement hypertrophié dans toute son étendue. La cavité utérine a subi une augmentation de capacité proportionnelle; la muqueuse qui la tapisse a près de 2 centimètres d'épaisseur.

Morcellement. Le myome descend si bas qu'il faut amputer sur le col près de son insertion vaginale. On enlève en même temps les deux trompes et une partie des ligaments larges qui recouvraient la tumeur. Les deux ovaires conservés. Pédicule à l'ange inférieur.

Poids de la tumeur, 4,200 grammes.

Guérison. —

N° 206. — Mme X..., âgée de 35 ans, atteinte de fibrôme interstitiel de l'utérus (paroi postérieure).

Le myome, qui est bien développé dans l'épaisseur des fibres utérins, principalement aux dépens de la paroi postérieure, forme une tumeur considérable qui a rendu l'attraction hors du ventre fort difficile. Tout l'utérus et la tumeur sont recouverts par une coque cellulo-fibreuse, très vasculaire, qui a pris quelque adhérence avec le péritoine pariétal dans le flanc gauche; la rupture de celle-ci détermine une éraillure, et nécessite l'application d'une ligature perdue. La trompe droite, très hypertrophiée, est accolée à la coque. Dans l'épaisseur du pavillon, un gros kystesanguin en forme de cornemuse; l'ovaire droit hypertrophié est enlevé.

Ligature et excision d'une longue bride épiploïque qui adhérait à la coque, et était devenue saignante après décollement. Morcellement. Moignon fixé à l'angle inférieur. La coque, qui avait été ménagée pendant l'opération, est ensuite liée en masse, puis excisée, et sa basefixée près du moignon. Avec elle fut enlevée aussi la trompe gauche; l'ovaire du même côté conservé.

Poids : 5 kilogrammes environ.

Guérison.

N° 207. — Mme X..., âgée de 33 ans, atteinte de fibrôme interstitiel de l'utérus (paroi postérieure).

Troubles nerveux considérables; paraplégie, ataxie, hyperesthésie, attaques de nerfs. Fibrôme à surface mamelonnée et très irré-

gulière, développé aux dépens de la paroi antérieure et du fond de l'utérus; trois lobes principaux, deux latéraux et un médian, enveloppés d'une coque cellulo-fibreuse très vasculaire qui paraît continuer avec le péritoine pariétal. Ablation par morcellement et amputation portant sur le col de la matrice. La partie la plus profonde de la coque est réappliquée autour du moignon et fixée comme lui à l'angle inférieur. Douze pinces hémostatiques laissées en place pendant douze heures sur cette ligne de section.

Poids de la tumeur : 3 kilog.

Morte de péritonite au commencement du quatrième jour.

N° 208. — Mme X..., âgée de 33 ans, atteinte de fibrome interstitiel de l'utérus (fond de l'organe).

Tumeur globuleuse, lisse et unie. Pas de coque cellulo-vasculaire. Ablation par morcellement; utérus très hypertrophié; son col, sur lequel porte la section, a de 8 à 10 centimètres de diamètre. Moignon fixé à l'angle inférieur.

Poids : 3,360 grammes.

Morte de péritonite au commencement du troisième jour.

N° 285. — Mme X..., âgée de 41 ans.

2 enfants. Début de la tumeur, 12 ans, atteinte de fibrôme. Plusieurs fibrômes, tous interstitiels.

Bien délimitée depuis 9 ans. Métrorrhagies répétées et plus abondantes. Malade complètement épuisée, vieillie, face couleur de cire. Surface de la tumeur très irrégulière, grosses bosselures qui rendent la traction de la tumeur hors du ventre d'autant plus difficile que les parois abdominales sont très grosses et très épaisses, et que l'utérus est coiffé par le grand épiploon qui ne se laisse que difficilement refouler. Extirpation de la tumeur et du fond utérin par morcellement. La ligature définitive porte très bas sur le corps de la matrice et comprend les deux ovaires, qui sont enlevés avec elle. Une canule à demeure est passée à travers la cavité utérine jusque dans le vagin. La surface de section est fixée entre les lèvres de la plaie à l'angle inférieur.

Poids de la tumeur enlevée : 2,000 grammes.

Mort le troisième jour par péritonite.

N° 286. — Deux enfants. Mme X..., âgée de 55 ans, atteinte de fibrôme infiltré, un seul fibrôme interstitiel.

Début? Pertes répétées ayant causé le dernier degré d'anémie. Tumeur régulièrement globuleuse, donnant une fausse fluctuation. Quand elle est mise à nu, elle est si pâle, tant l'anémie est profonde, qu'on croirait à un kyste séreux. Attraction hors du ventre; une ligature est passée au-dessous de la base de la tumeur qui n'intéresse guère que les deux tiers supérieurs du corps de l'utérus fortement hypertrophiés dans toute son étendue. En effet, la surface de section de celui-ci, au-dessous du fibrôme, ne mesure pas moins de 8 centimètres de diamètre. On lie le moignon en deux moitiés sans comprendre les ovaires dans les fils, puis on l'attire et le fixe à l'angle inférieur de la plaie. Sa surface est enduite de perchlorure de fer. Les ovaires, de volume normal, paraissent un peu rigides, durs et secs (séniles). Le poids de la pièce enlevée égale 4,700 grammes. Elle est formée d'un fibrôme unique, central, fortement infiltré de sérosité, enveloppé par des fibres utérines tellement hypertrophiées qu'elles forment une tunique d'une épaisseur continue de 5 à 6 centimètres.

La cavité utérine, également très hypertrophiée, était comprise dans l'épaisseur des fibres musculaires du côté droit.

Guérison. Chute du pédicule le 27 novembre.

N° 287. — Mme X..., âgée de 43 ans, atteinte de fibrôme interstitiel de l'utérus.

Début, 8 ans. Hémorrhagies répétées, malade exsangue. Tumeur de petit volume, régulière et globuleuse. Un point fluctuant en haut, sur la ligne médiane. Accidents fébriles répétés. Attraction de la tumeur qui entraîne avec elle les deux trompes avec leurs pavillons et les deux ovaires. Le corps de l'utérus est lié très long, en trois parties, près de son insertion vaginale, entre quatre fils métalliques, ces ligatures comprennent les ovaires et les trompes. En faisant la section de la tumeur enlevée, on reconnaît qu'il n'existe qu'un fibrôme, que la tunique musculaire qui l'enveloppe est saine tandis que le tissu fibreux a subi l'inflammation, qu'il est gorgé de séro-pus par places, et en assez grande quantité, en certains points, pour expliquer la fausse fluctuation perçue. Poids : 1,500 grammes.

Le moignon utérin et les sections des trompes furent fixés à l'angle inférieur de la plaie. Guérison.

N° 288. — Mme X... âgée de 31 ans, atteinte de myxome sous-péritonéal de l'utérus.

Premiers accidents douloureux en avril 1872, mais la tumeur ne fut reconnue qu'en 1876. Règles irrégulières, abondantes, mais pas de pertes. Chaque période menstruelle s'accompagne d'un accroissement considérable du volume de la tumeur, qui devient fluctuante. Les règles passées, le ventre revient à son précédent volume et la fluctuation disparaît. Par le toucher vaginal, le corps de l'utérus paraissait indépendant de la tumeur. Extraction d'un gros myxome du poids de 3,500 grammes, qui s'insère sur la corne droite de l'utérus par un pédicule du volume du pouce et long de 5 centimètres. On lie ce pédicule en deux moitiés au ras de la corne utérine et on les fixe à l'angle inférieur, ovaires et trompes respectés. Pièces : sa moitié gauche était formée d'un tissu très mou, très infiltré et gorgé de sang, rappelant, à la coupe, la structure des masses aréolaires des kystes ovariques ; la moitié droite était plus douce et plus fibreuse.

Guérison.

N° 289. — Mlle X... âgée de 47 ans, atteinte de fibrôme, paroi postérieure de l'utérus.

Vierge, début ? Pas de métrorrhagies, mais accidents douloureux et gêne de mouvements par compression. Tumeur multilobée à la surface, quelques lobes sont doués de mobilité. Fibrôme du poids de 3,800 grammes, entièrement solide, peu consistant et pourtant peu filtré. Il s'est développé principalement dans l'épaisseur de la paroi musculaire du fond et de la face postérieure de l'utérus. Cette paroi musculaire hypertrophiée présente une épaisseur moyenne de 4 centimètres ; au contraire, la paroi antérieure n'est que peu augmentée de volume.

Les ligatures définitives ont été placées immédiatement au-dessous des deux ovaires, qui ont été excisés avec la tumeur. L'ovaire gauche avait le volume d'un œuf de poule, était apoplectique, souillé d'un caillot sanguin ; le droit était normal. Moignon à l'angle inférieur.

Mort. Accidents cardiaques, cyanose et asphyxie.

N° 291. — Mme X..., âgée de 48 ans. Atteinte de fibrôme (fond et paroi postérieur de l'utérus).

1 enfant. Début, 8 ans; pertes considérables, ayant un peu diminué depuis 5 mois. Pas d'adhérence, pas d'ascite. Extraction d'un fibrôme interstitiel du poids de 5,550 grammes. Il est principalement développé dans l'épaisseur de la paroi postérieure de l'utérus. En avant se voit la cavité utérine énormément distendue; la muqueuse qui la tapisse est hypertrophiée (7 à 8 millimètres d'épaisseur) ; quant à la tunique musculaire qui forme la paroi antérieure, elle n'a pas moins de 5 centimètres d'épaisseur.

La ligature définitive fut portée très bas, à l'insertion du vagin sur le col. On dut agir ainsi, car deux autres petits fibrômes, l'un du volume d'un œuf, étaient en voie d'évolution très bas sur le corps utérin. Les deux ovaires et la majeure partie des trompes furent comprises au-dessus du fil. La surface de la section fut assez fortement attirée en haut et fixée à l'angle inférieur.

Guérison.

N° 292. — Mme X..., âgée de 42 ans. Atteinte de fibrôme fond et paroi postérieurs. Non mariée. Début, 7 ans ; depuis un an, marche très rapide. Pas de métrorrhagies, mais douleurs violentes qui ont grandement compromis sa santé. Femme vieillie, peau terreuse, très bistrée. Incision très longue, car les parois abdominales sont très grosses. Environ deux verres d'ascite. Extirpation d'un fibrôme interstitiel du poids de 4,700 grammes, non compris celui des parois utérines qui les recouvraient. L'hypertrophie de la tunique musculaire variait entre 4 et 6 centimètres. Le fibrôme, régulièrement globuleux, occupait exclusivement le fond de l'utérus et la paroi postérieure. La ligature définitive fut placée à l'union du 1[3 inférieur avec les 2[3 supérieurs du corps utérin. Elle comprenait les deux ovaires. Le droit contenait un kyste séro-sanguin du volume d'un petit œuf. Au-dessous de l'ovaire gauche était appendue une petite grappe de kystes tubulés. Le tissu fibreux, fouillé d'un nombre énorme de caillots miliaires, avait une coloration brunâtre très analogue à celle du foie. Il était peu infiltré. Des dépôts fibrineux à la surface du péritoine qui recouvrait la tunique musculaire utérine.

N° 293. — Mme X..., âgée de 42 ans, atteinte de fibrôme moitié gauche du corps utérin et paroi postérieure.

Fille de 20 ans. Début. Pertes continuelles ayant causé une anémie des plus profondes. Parois ventrales épaisses; incisions dépassant l'ombilic de 10 centimètres par suite du gros volume de la tumeur et de sa surface très lobulée et irrégulière.

La tumeur est parcourue par des vaisseaux gros comme le doigt; le sang part en jet à la moindre piqûre. Extraction fort pénible; ligatures en masses successives, morcellement. Le fibrôme intéressait principalement la 1[2 partie gauche du corps utérin, et faisait dans l'hypochondre une saillie considérable, de telle sorte que l'utérus était en latéro-flexion, son fond dans le flanc gauche, le col regardant la cavité cotyloïde droite. Ligature portée très bas, comprenant l'ovaire droit; le gauche n'a pas été vu. La surface de section étant très large, elle fut liée en sa partie, puis cautérisée au fer rouge après avoir été fixée à l'angle inférieur.

Poids du fibrôme : 6,500 grammes.

Mort. Péritonite.

N° 294. Mme X..., âgée de 45 ans, atteinte de fibrôme; paroi postérieure et moitié droite de l'utérus.

2 enfants. Début, 19 ans. Pertes très fréquentes. Les règles coulent toujours, mais sont devenues fort irrégulières depuis deux ans. Douleurs lombo-abdominales très violentes. Fond de la vessie dévié à droite. Ligne xipho-ombilicale très allongée; ombilico-pubienne normale. Incision dépassant l'ombilic de 6 centimètres; extraction laborieuse et qui se fait en faisant basculer la tumeur de haut en bas et de droite à gauche. Surface de section portant très bas, fixée à l'angle inférieur. Poids : 6,000 grammes. Tissu fibreux très dense et fort homogène.

Guérison. Chute du moignon lié le dixième jour.

Tumeurs fibreuses

Par Spencer Wells (depuis 1875).

1. Mme X..., âgée de 40 ans (veuve), opérée en mai 1875. Incision de 16 centimètres; pas d'adhérences. Extirpation d'un fibrôme et de l'ovaire droit. Guérison. Ligature et drainage.

2. Mme X..., âgée de 37 ans (fille), opérée en 1876. Incision d 10 centimètres. Adhérences avec l'épiploon et la paroi abdominale Fibrôme sous-séreux du fond de l'utérus. Clamp. Guérison.

3. Mme X..., âgée de 49 ans (fille), opérée en août 1876. Incision de 14 centimètres ; point d'adhérences. Extirpation d'un gros fibrôme de l'utérus et des ovaires. Clamp. Mort le cinquième jour.

4. Mme X..., âgée de 36 ans (fille), opérée en octobre 1876. Incision de 10 centimètres ; point d'adhérences. Fibrôme sous-séreux; ligature (intra-péritonéale). Guérison définitive.

5. Mme X..., âgée de 52 ans (fille), opérée en avril 1877. Incision de 16 centimètres ; point d'adhérences. Poids de deux fibrômes: 4,120 grammes. Ligature intra-péritonéale. Guérison.

6. Mme X..., âgée de 56 ans (fille) opérée en juillet 1877. Incision de 16 centimètres. Fibro-myome sous-séreux solide du fond de l'utérus. Ligature intra-péritonéale. Mort le sixième jour.

7. Mme X..., âgée de 50 ans (fille), opérée en juillet 1877. Incision de 20 centimètres. Extirpation d'un fibrôme de l'utérus du poids de 6 kilogr. et des deux ovaires. Transfixion et chaine d'écraseur. Ligature intra-péritonéale. Mort le troisième jour.

8. Mme X..., âgée de 36 ans (fille), opérée en mars 1878. Incision de 42 centimètres. Fibrôme crétacé. Ligature intra-péritonéale. Adhérences avec la paroi abdominale aux mésentères et aux intestins. Guérison. Encore faible.

DEUXIEME SECTION.

Hystérectomies pratiquées pour des tumeurs fibro-cystiques.

Tumeur fibro-cystique de la matrice; extirpation sus-vaginale de l'organe par la galvanocaustie ; conservation des ovaires. Guérison avec persistance de la menstruation.

Par le professeur E. Bœckel (de Strasbourg).
(In Gaz. méd. de Strasbourg, 1876.)

Elise X..., 28 ans. Tumeur de la matrice donnant lieu à des accidents graves. Réglée depuis 12 ans, mariée à 23 ans, accouche facilement d'un enfant. De 1873-1874, les règles deviennent plus abondantes et nécessitent des tamponnements à chaque époque menstruelle. Tumeur dans l'abdomen depuis 18 mois. Elle s'élève à trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Des injections hypodermiques d'ergotine calment les pertes, mais n'arrêtent pas le développement de la tumeur. Les hémorrhagies continuant, l'opération est décidée et faite le 7 août 1875. Pas d'adhérences ; ovaires sains. Bien que l'extirpation de la tumeur ait lieu au moyen de l'anse galvanique, il y a cependant une hémorrhagie assez abondante.

Durée de l'opération : deux heures. Poids de la tumeur : 1,250 grammes. C'est une tumeur développée dans le fond de l'organe et entourée de tous côtés d'une zone de tissu utérin d'un centimètre l'épaisseur. C'est un fibro-myome.

Après l'opération. Etat d'abord satisfaisant, puis douleurs; le 10, on enlève les sutures. Des vomissements continuels occasionnent la rupture de la ligne de réunion. Bande de sparadrap ; régime reconstituant; injections. Un flot de pus fétide sort par la plaie le

15 août. Pour faire tomber la ligature, on exerce pendant 24 heures des tractions de 100 grammes au moyen d'un poids suspendu à une petite ficelle passant sur une poulie.

Fin septembre. La malade guérie rentre chez elle.

Octobre. Phlegmon diffus de la fosse iliaque droite qui se résorbe.

Décembre. Même phénomène. On allait faire une incision quand un flot de pus fétide sort par le vagin et libère la fosse iliaque. Depuis tout va bien. Le 10 janvier, les règles reviennent et durent deux jours. Possibilité d'une grossesse extra-utérine dans le cas particulier et dans tous les cas où les ovaires sont conservés.

Deux observations d'hystérotomie par A. de Krassowski, chirurgien de la Maternité de Saint-Pétersbourg. (Résumées.)

(In Gazett des hôpitaux, 1876, p. 900, et dans Gaz. méd. de Saint-Pétersbourg, 1876.)

Obs. I. — Veuve Pl..., 39 ans, a eu quatre enfants; régles habituellement régulières et très abondantes. Elle a eu plusieurs phlegmasies des organes abdominaux. Depuis plusieurs mois elle est atteinte d'un fibrocystôme de l'utérus accompagné d'une ascite évidente. Paracentèse le 9 janvier 1876 : sortie de 14 litres de liquide gluant ressemblant à du café noir. Un mois et demi plus tard la tumeur est redevenue aussi considérable, la malade s'affaiblit rapidement, elle demande l'opération.

Opération. — 25 mai. Chloroforme. Incision de 11 centimètres de longueur sur la ligne médiane. Petits kystes que l'on ponctionne. Le péritoine est pâle, œdémateux. Ponction de l'utérus : issue de 14 litres d'un liquide plus foncé et plus gluant que celui qui venait de la paracentèse antérieure. La tumeur utérine, devenue semblable à un sac, présente de nombreuses adhérences; celles-ci sont molles, longues, très vasculaires (adhérences mésentériques épiploïques et péritonéales). Elles sont sectionnées entre deux ligatures de soie. Ainsi 18 ligatures restèrent en place. Devenue plus libre, la tumeur se montra encore adhérente à l'S iliaque et à la vessie. De plus, les ligaments larges étaient très vasculaires et très peu distincts de la tumeur. On les serra dans des écraseurs. Un drain fut placé dans la cavité de Douglas et repris par le cul-de-sac postérieur du vagin

Puis le chirurgien s'efforça de détruire avec la main les adhérences rectales; mais bientôt son doigt rencontra des matières fécales. L'ouverture de l'intestin était au moins de 1 centimètre. Sutures. Puis cette poche kystique et ses adhérences furent attirées au dehors (serre-nœud Cintrat). Deux ligatures (métalliques et en soie) remplacèrent les deux écraseurs placés sur les ligaments larges. Trois ligatures furent fixées : l'une sur l'utérus et la partie du ligament large gauche, l'autre sur le ligament large droit, la dernière une adhérence vésicale.

La tumeur fut pédiculisée à l'extérieur comme le fait M. Péan.

Durée de l'opération 4 heures. Malade très faible. Le moignon fut touché avec du perchlorure de fer. Pansement avec une solution d'acide carbolique (au 50e).

Suites. — Température élevée 39,5. Pouls petit 102, hoquet, vomissements. Glace sur le ventre.

Hémorrhagie le treizième jour qui force à remettre le serre-nœud. Guérison.

Obs. II. — Mme P..., 38 ans, bien réglée sauf depuis six mois. Deux enfants. Depuis 15 ans petite tumeur, région hypogastrique. Augmentation progressive. Aujourd'hui volumineuse, elle gêne par son poids et par les fourmillements qu'elle produit dans le pied gauche. Diagnostic : kyste uniloculaire de l'ovaire gauche, long pédicule, pas d'adhérences. Rétroversion de l'utérus.

Après l'ouverture de la paroi abdominale, on reconnaît qu'il s'agit d'un kyste né du ligament large ou du corps de l'utérus. Comme celui-ci était en même temps le siège de différentes tumeurs, on l'extirpa, et le reste de l'opération se fit sans aucun incident. Guérison.

Ablation d'une tumeur fibro-cystique de l'utérus,
Par T. Spencer Wells.

(British med. j., décembre 1878, vol. II, p. 865.)

Mme X..., 39 ans, mariée depuis 4 ans, pas d'enfants. Règles régulières, mais douleurs abdominales vives, telles que S. Wells ne put d'abord l'examiner (24 juin 1878). Le lendemain, ponction et issue de 19 pintes de liquide mélangé d'un peu de sang. Recon-

naissance d'une énorme tumeur formant corps avec l'utérus (au moins en apparenee). La maladie avait commencé en juillet 1876.

Diagnostic. — Avant l'opération : kyste multiloculaire de l'ovaire projetant l'utérus en haut et à droite.

Opération. — 12 Août. Avec toutes les préeautions rigoureuses de la méthode antiseptique. Incision sur la ligne médiane de l'abdomen de 5 pouces. Apparition d'une partie d'un kyste. Ponction. Déehirure des adhérences et enlèvement du kyste tenant par sa base à une masse de substanee solide. Les deux ovaires sont alors trouvés sains. L'utérus, doublé de volume, présente des bosselures et la tumeur partait de la partie postérieure du fond de l'utérus. Le pédicule a largement 1 pouee de longueur et 2 de large. Spencer l'enserre au moyen d'un elamp et le sectionne. Il dissèque alors les adhérenees de la tumeur avec la partie flexueuse du eolon et le reetum au moyen de ciseaux. Pendant le temps de l'opération, la partie supérieure du reetum est aecidentellement ouverte sur une étendue de 1 pouce environ. Points de suture aussitôt. On éponge soigneusement le péritoine et on jette quelques ligatures sur les vaisseaux sectionnés en détaehant les adhérences, et la plaie est fermée au moyen de suture (fil de soie) tout autour du *clamp* qui repose à l'angle inférieur de la plaie suturée.

Le docteur Woodham examine la tumeur : partie solide 2 livres un quart, contenu liquide 14 pintes. La tumeur partait de l'utérus et était formée de tissu utérin à peine ehangé. La tumeur était entourée *par trois gros kystes.*

La malade marcha rapidement vers la guérison. La plus haute température fut de 102,2 Fareinhet. Le elamp tomba le huitième jour. Réunion de la plaie par première intention. Le 5 décembre 1878, la malade éerit à Speneer Wells qu'elle se porte merveilleusement bien.

Kyste de l'ovaire et de l'utérus. Opération très laborieuse par la gastrotomie. Mort dans la matinée du lendemain. (Dans Gaz. Obst., 1875, page 148.)

Hystérectomie pour une tumeur fibro-kystique de l'utérus. Guérison.
Par Kocher (de Berne).

(Corresp. Blatt f. Schweiz. Aerzte, nº 23, p. 693, 1er déc. 1877.)

Demoiselle, âgée de 36 ans, ayant toujours eu le ventre un peu développé.

Depuis un an l'accroissement de l'abdomen devient manifeste. Réglée régulièrement dès l'âge de 15 ans jusqu'à l'heure actuelle. Etat général bon; tumeur globuleuse, dépassant le nombril de deux travers de doigt nettement délimitable, un peu mobile latéralement et en haut, offrant une résistance élastique et une fluctuation très distincte. Les deux fosses iliaques sont libres.

Utérus petit, antéfléchi, se mouvant avec la tumeur.

Huit jours après l'examen, immédiatement après la fin de la période menstruelle, fièvre et symptômes de péritonite; la distension du kyste devient alors telle qu'on ne sent plus la fluctuation; disparition de ses accidents au bout d'une quinzaine.

Gastrotomie le 14 juin 1877. La tumeur présente des adhérences étendues qu'on déchire avec la main. Ponction avec le trocart de Spencer Wells qui évacue une assez grande quantité de sang. L'instrument est aussitôt retiré et l'ouverture fermée avec une pince. L'incision des téguments abdominaux est prolongée au-dessus de l'ombilic jusqu'à la limite supérieure de la tumeur; néanmoins l'extraction de cette dernière est encore très-pénible et nécessite une violente traction. Le pédicule est épais, court et charnu, les ovaires sont sains, l'origine des trompes est comprise dans le pédicule et la tumeur elle-même est formée par l'utérus au niveau du fond de l'organe, dont elle n'est séparée que par un petit sillon.

L'écraseur de Kœberlé est placé un peu au-dessus de l'orifice interne du col et l'amputation s'opère sans hémorrhagie. L'écraseur est fixé dans l'angle inférieur de la plaie et le moignon utérin suturé avec cette dernière.

A la coupe, la tumeur, qui a la forme d'une poire, présente des masses rosées constituées par des faisceaux concentriques de tissu conjonctif et musculaire, et de nombreuses cavités allongées ou sphériques remplies de sérosité. Pour Langhauss c'est un fibrôme œdémateux.

Après l'opération, un peu de collapsus causé par la perte de sang provenant des adhérences rompues, douleurs vives. Le lendemain, le moignon utérin s'est déjà rétracté.

Durant la première semaine, sécrétion sanguinolente par l'angle inférieur de la plaie.

Dès le second soir, mouvement fébrile qui atteint son maximum (39°) le matin du septième jour et disparaît spontanément le huitième.

Le dix-huitième jour, ablation du serre-nœud. L'anse du fil elle-même doit être laissée en place car elle résiste à tous les efforts de traction.

Réapparition de la fièvre et trois jours plus tard, thrombose de la veine fémorale droite. Après retour de l'apyrexie, nouvelle tentative infructueuse pour retirer l'anse métallique ; on en fixe l'une des extrémités autour d'un cordon élastique qu'on suspend à une potence. Au bout de quarante-huit heures, l'anse peut être facilement extraite.

Fermeture de la plaie à la fin de la cinquième semaine.

L'opéré part le 30 juillet en conservant encore un peu de gonflement et de sensibilité de la jambe droite. Kocher la revoit le 15 septembre suivant : sa santé est bonne, seulement de temps en temps sa jambe enfle. Les règles n'ont pas reparu. Cicatrice linéaire de l'abdomen non adhérente à l'utérus. Col utérin normal à tous égards.

Extirpation de l'utérus et des deux ovaires, pour une tumeur fibro-cystique, par le Dr Gilman Kimball.

(Boston medical and surg. Journal, p. 29, 13 juillet 1876.)

Mme W. (J.-B.), 36 ans, santé toujours bonne. Menstruation régulière, ayant eu un enfant à 30 ans.

En avril 1874, remarque une grosseur dans la région inguinale gauche, pas de douleurs. Examinée par le Dr Bixby qui trouve dans la partie gauche et inférieure de l'abdomen une tumeur ronde, de 5 pouces de diamètre, remuant facilement. Vagin ordinaire, utérus ne bougeant pas très bien, antéversion, orifice du col de l'utérus entr'ouvert. Très difficile d'introduire la sonde utérine au-delà de la bouche interne. Le diagnostic fut : tumeur ovarienne accompagnée peut-être d'une tumeur fibreuse de l'utérus.

Paracentèse le 22 septembre 1875 et 20 litres de liquide pâle, jaune et séreux furent enlevés.

Au bout de six semaines, tumeur aussi grosse qu'avant la ponction. Prolapsus de l'utérus. Malade nerveuse et épuisée, maigrie. Opération le 15 janvier 1876. Ether. Incision ordinaire dans la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic, qui laisse voir une grosseur charnue de cette couleur rose sombre caractéristique des tumeurs fibreuses. Ponction qui laisse échapper une grande quantité de liquide jaunâtre. Le sac de la tumeur adhérait à la paroi péritonéale de la partie antérieure de l'abdomen. Ces adhérences furent déchirées avec les doigts et le sac tiré dans l'incision. On vit alors que ce bassin était presque rempli par une grosseur fibreuse qui formait la portion inférieure du sac. Elle se prolongeait jusqu'à l'utérus et était unie à cet organe, de façon à ne former qu'une seule masse. Il y avait de petits kystes dans chaque ovaire.

Un fil de soie passé autour du ligament large est fortement serré. Les tissus entre la ligature et la tumeur furent alors divisés. Une hémorrhagie considérable survint et une ligature fut appliquée à la tumeur. On fit sortir la masse entière par l'incision et l'écraseur fut appliqué à un point correspondant à l'orifice externe de l'utérus et contenant le reste du ligament large et du ligament rond du côté gauche, la partie supérieure du vagin et les ligaments larges et ronds du côté droit au delà de l'ovaire droit. La chaîne fut, par prudence, serrée fortement et toute la masse fut enlevée par le bistouri. Le moignon fut alors transpercé juste au-dessous de la chaîne de l'écraseur, par un trocart recourbé, qui était arrangé de façon à empêcher le moignon de retomber dans la cavité abdominale. La partie écorchée du péritoine, dont on avait déchiré les adhérences, fut essuyée avec soin, la blessure fermée avec des sutures de soie et le moignon cautérisé au fer rouge. Le seul pansement fut une compresse de toile posée simplement sur la blessure au-dessus du trocart et sur l'écraseur.

La masse enlevée se composait de 20 livres de liquide jaunâtre et de 5 livres de tissu solide qui comprenait le kyste, la tumeur fibreuse, les deux ovaires, une partie des ligaments de l'utérus et l'utérus lui-même.

Après trente-sept jours de convalescence la malade quitta l'hôpital complètement guérie.

Extirpation de l'utérus dans une opération d'ovariotomie nécessitée par la récidive d'un kyste. Guérison. Par Gilman Kimbal.

(Boston med. and surg. Journal, 31 août 1876). — Trad. Revue de Hayem, X, p. 145.

Mme S..., âgée de 48 ans, avait été opérée il y a onze ans pour un kyste de l'ovaire pesant 33 livres. Six ans après, la tumeur se développa de nouveau ; trois ponctions successives ayant été faites on se décida à l'enlever.

Une incision fut pratiquée sur les parois abdominales, parallèlement à la première. A l'aide d'un gros trocart on retire du kyste 23 livres de liquide couleur chocolat. L'incision ayant été agrandie, on s'aperçut que la tumeur formée en grande partie par une agglomération de petits kystes intéressait l'utérus et tout le ligament large gauche. Il fallait donc pour compléter l'opération enlever l'utérus. Après avoir fait la ligature d'un amas de grosses veines qui étaient en rapport avec le ligament large, on plaça sur la tumeur un fil d'écraseur. Pour terminer l'opération, il suffit de séparer l'utérus du vagin avec le bistouri. La cavité pelvienne ayant été nettoyée, le pédicule fut attiré entre les bords de l'incision, qui furent rapprochés et maintenus en contact par quatre sutures, trois au-dessus et une au-dessous du pédicule.

Cette opération ne fut suivie d'aucun accident particulier et la malade guérit.

Sept hystérectomies par M. le Dr Péan (1).

Tumeurs fibro-cystiques.

N° 209. — Mme X..., âgée de 41 ans, atteinte de fibrôme et kyste. Tumeur fibreuse sur l'ovaire droit, kyste sur l'utérus hypertrophié.

Tumeur complexe : un fibrôme de 12 centimètres de hauteur sur 6 de large, développé sur l'ovaire droit et adhérant à une tumeur kystique, développée sur la face antérieure et le fond de l'utérus. Le corps et le col de celui-ci extrêmement hypertrophiés adhèrent

(1) Leçons de clinique chirurgicale, t. I et II.

en arrière et en haut à l'épiploon. Le kyste plongeait dans le fond du bassin; non seulement il adhérait à l'utérus, mais encore au vagin, au rectum, au cul-de-sac recto-vaginal. Deux fils métalliques sont passés, aussi près que possible, du plancher du bassin sur la ligne médiane et à travers l'utérus à son insertion vaginale, puis on forme deux anses; dans la gauche, on étreint presque la totalité du kyste, une partie du ligament large correspondant et le col utérin; dans la droite, les restes de l'utérus, la totalité du ligament large droit, et les tumeurs placées plus haut. Excision au-dessus des fils et cautérisation des surfaces au fer rouge. Deux pédicules se trouvèrent ainsi constitués, puis fixés à l'angle inférieur de la plaie.

Guérison. — Présentée à l'Académie en 1872.

N° 210. — Mme X..., âgée de 45 ans, atteinte de kystes et fibrômes multiples. Implantation sur le corps de l'utérus.

Implantation sur le corps de l'utérus, excepté dans une partie de sa moitié gauche, de la tumeur principale qui est formée de loges kystiques abandonnant 10 litres par la ponction et d'une masse fibreuse bosselée. Sur la corne gauche de l'utérus, un fibrôme plein du volume de la tête d'un fœtus à terme, et supporté par un gros pédicule court. Plus bas et en arrière, troisième fibrôme du volume d'un œuf de poule tombant dans le cul-de-sac utéro-rectal.

Ligature portée à travers le corps utérin, au-dessous de la masse principale, puis excision de celle-ci par morcellement. Résection du fibrôme gauche par écrasement, hémorrhagie, cautérisation au fer rouge; enfin excision du troisième fibrôme. L'arrière cavité des épiploons remplie de liquide ascitique, qui a pénétré par l'hiatus de Kinslow et simulant une autre tumeur. Incision des feuillets séreux; écoulement du liquide; toilette du péritoine. Moignon fixé à l'angle inférieur. Pendant le traitement, abcès périvésical et fistule vésicale s'ouvrant en bas de la ligne blanche.

Guérison.

N° 211. — Mme X..., âgée de 37 ans, atteinte de fibrômes, à géodes, sur la face antérieure de l'utérus.

Quelques adhérences avec l'intestin et l'épiploon. Tumeur enveloppée dans une coque cellulo-séreuse traversée par d'énormes

vaisseaux. Incision de la coque, d'où on énuclée la tumeur, puis on morcelle cette dernière. Le morcellement montre qu'il s'agit d'un corps fibreux à géodes. En attaquant la portion pelvienne, on reconnaît qu'elle est unie à l'utérus par des adhérences modérément résistantes que l'on rompt. La coque, partout conservée, est liée en masse; la partie la plus profonde conservée et traitée à la manière d'un pédicule kystique.

Conservation des deux ovaires et de l'utérus intact. Poids de la partie solide vidée de tout liquide, 7,500 grammes; avec le liquide, la tumeur devait peser environ 10 kilogrammes.

Guérison.

N° 212. — Mme X..., âgée de 38 ans, atteinte de fibro-cystome, au fond de l'utérus.

Pas d'adhérences, d'abord ponction d'un gros kyste donnant 18 litres de liquide chocolat, contenant de nombreux caillots sanguins vieillis. Ligature des parois de cette poche et excision. Morcellement du fibrôme qui a le volume d'une tête d'adulte. Pendant le morcellement, deux serre-nœuds se desserrent; hémorrhagie de 5 à 600 grammes.

Utérus hypertrophié, comme au quatrième mois de grossesse. Implantation sur le fond de l'utérus par un pédicule de la grosseur du bras. Ligature en masse jetée sur le fond de l'utérus, intéressant une partie des trompes et des ligaments ronds. Conservation des ovaires; excision du fond de l'utérus. Le restant du corps fixé entre les lèvres de la plaie des parois, et formant un énorme pédicule. La portion solide de la tumeur pesait 10 kilogrammes.

Mort par péritonite le troisième jour.

N° 213. — Mme X..., âgée de 43 ans, atteinte de fibrôme et kyste. Fond et paroi antérieure de l'utérus.

Ventre énorme. Toute la tumeur enveloppée d'une coque cellulo-séreuse, épaisse et très vasculaire.

Incision de cette coque. Ponction des loges, 10 litres de liquide séreux et citriné, et, au fond, louche, puis sanguin. Les vaisseaux deviennent énormes à mesure qu'on arrive au voisinage de l'utérus; l'énucléation complète nécessite un jeu de pinces considérable. Propension de la vessie à saillir hors du ventre. Ablation du fibrôme par morcellement; il s'insérait sur le fond de l'utérus qui

était volumineux, environ comme au cinquième mois de la grossesse. Le fond utérin est lié, puis sectionné et fixé à l'angle inférieur. Une faible partie seulement de la coque fut excisée; le reste fut conservé et disposé entre les lèvres de la plaie, de façon à former une barrière contre la pénétration du pus dans la cavité abdominale. La portion solide pesait 7,300 grammes.

Après l'opération, l'utérus conservait encore un gros volume. Le lendemain, expulsion spontanée d'un œuf intact à quatre mois et demi de développement.

La malade était veuve depuis neuf ans, et rien n'avait pu faire soupçonner au chirurgien qu'il pût exister une grossesse pendant le développement d'une tumeur aussi volumineuse.

Guérison.

N° 214. — Mme X..., âgée de 35 ans, atteinte de fibrôme creusé de cavités kystiques suppurées. Fond et paroi postérieure de l'utérus.

Une ponction cinq semaines avant l'opération ; 8 litres de sérosité limpide ; à la suite, péritonite grave. Lors de l'opération, adhérences graves et très saignantes, en haut et en arrière, avec l'épiploon, tout à fait en arrière et en bas, ainsi que sur les côtés, avec des anses d'intestin grêle, dont le feuillet séreux est très enflammé. Pas de coque cellulo-séreuse. Ponction d'abord sans résultat, puis donnant du pus. Décollement des adhérences. Tentatives d'extraction infructueuses, car la tumeur est suppurée et se déchire sous la pince. Odeur horrible de putridité. Morcellement qui fait découvrir une loge remplie de pus, qu'on épuise avec des éponges. Hémostase laborieuse exigeant l'application d'un grand nombre de pinces sur les adhérences décollées. Les anses d'intestin sont si friables qu'on ne peut les saisir ; elles sont décollées par tractions douces. Mais à ce moment on reconnaît que trois d'entre elles sont ulcérées : suture par adossement sur les trois pertes de substances. Les parties de la tumeur qui avoisinent l'utérus sont solides, fibreuses, très dures et non suppurées. Ligature définitive portant très bas sur le col utérin ; il reste un petit noyau de tissu fibreux, qu'on ne pouvait enlever qu'en amputant tout le col. Le moignon conservé est fixé à l'angle inférieur. On a extirpé l'ovaire gauche qui était flottant dans le ventre, ainsi que sa trompe contenant un kyste sanguin. L'ovaire droit conservé.

Poids de la tumeur, 7 kilogr. environ.

Mort rapide par ulcérations multiples de l'insertion et péritonite. Tumeurs fibro-cystiques.

N° 295. — Mme X..., âgée de 48 ans, atteinte de fibrôme. Masse aréolaire. Kystes.

Fond de l'utérus et cul-de-sac utéro-rectal.

Deux enfants. Début mal déterminé; diagnostic porté six mois avant l'opération. Incision contournant l'ombilic (hernie) et le dépassant de 7 centimètres. Coupe des parois épaisses de 6 à 7 centimètres, très vasculaires. Ascite, 3 litres. Sur la face antérieure de la tumeur, une grande loge fermée par une paroi fibreuse, très friable, de couleur feuille morte.

Cette loge ponctionnée donne 8 litres de liquide hématique, bien fluide. Adhérences pariétales généralisées dans toute la moitié droite et des plus solides, d'un blanc nacré, lisses et de nature inflammatoire. De ce côté, la tumeur envoie un diverticulum jusqu'au niveau du foie; cette portion du sac est si adhérente que, après ponction, on dut se décider à laisser un lambeau de paroi kystique qui ne fut détaché que tout à fait à la fin de l'opération ; pas d'adhérences pariétales à gauche.

Adhérence très étendue du grand épiploon sur la face antérieure et supérieure de la tumeur ; à ce niveau, la paroi kystique est si ramollie et si friable que toute traction ou tout pincement sont impossibles. Il fallut donc lier l'épiploon et exciser sa portion adhérente pour le libérer. Une large frange épiploïque adhère sur la face externe gauche de la tumeur et assez bas. Elle est désunie par arrachement et la surface saignante pincée. L'extrême friabilité du sac rendait son extraction fort difficile. Pour y parvenir la main fut engagée au-dessous de lui du côté gauche, la tumeur fut soulevée, puis doucement renversée à droite. A ce moment, on reconnait que le grand épiploon adhérant en arrière, recouvre et enserre la tumeur à la manière d'un épervier. Cette adhérence est trop peu étendue, trop solide, trop fournie de gros vaisseaux pour qu'on puisse tenter le décollement; ligature en masse de l'épiploon et excision. On peut ainsi dégager la partie supérieure du sac. Mais on trouve dans le fond du bassin trois masses solides, une médiane et antérieure du volume d'un œuf d'autruche, logé derrière le pubis, de structure aréolaire ; deux masses latérales, également aréolaires,

mais très denses, et comblant la cavité pelvienne. On les dégage successivement sans difficulté, car elles n'adhèrent pas au péritoine pariétal. On découvre alors l'implantation de la tumeur. Elle se fait sur le fond de l'utérus et un peu dans le cul-de-sac utéro-rectal par un cône tronqué, d'apparence fibreuse, à base supérieure. On lie ce pédicule et une petite portion au fond de l'utérus en deux moitiés, le moignon a été fixé à la fin à l'angle inférieur de la plaie, à côté de lui, les surfaces d'épiploon liées et réséquées. L'ovaire droit était atrophié, le gauche normal. Ils furent conservés.

Franchement kystique et fibreuse dans la partie supérieure, aréolaire par les masses qui entouraient sa base, la tumeur présentait au voisinage de son implantation des parois de couleur rouge, d'apparence musculaire, parcourue par de gros sinus veineux. Au fond de la grande loge, qui fut ponctionnée, se trouvait une stratification de caillots sanguins vieillis, de couleur et de consistance analogues à un méconium.

Mort. Septicémie.

Tumeurs fibro-cystiques. Hystérotomies, par Spencer Wells.
(Depuis 1875.)

1. Mme X..., âgée de 40 ans (fille), opérée en mai 1875. Incision de 15 centimètres. Adhérences avec l'épiploon. Poids de la tumeur, 9 kilogr. et demi. Guérison définitive.

2. Mme X..., âgée de 40 ans (fille), opérée en novembre 1876. Incision de 11 centimètres. Adhérences avec la paroi abdominale au mésentère et aux intestins. Poids de la tumeur 1,250 grammes. Mort le 4e jour.

3. Mme X..., âgée de 49 ans (fille), opérée en mars 1877. Incision de 16 centimètres. Adhérences avec la paroi abdominale. Poids de la tumeur, 10 kilogr. Mort vingt heures après.

TROISIÈME SECTION.

Hystérectomies pratiquées pour des tumeurs cancéreuses.

Hystérectomies par Müller. — Sarcomes du corps de l'utérus.

Sarcome du corps de l'utérus.

Femme de 57 ans. Utérus rétrofléchi, corps un peu volumineux, globuleux, facile à mouvoir; la sonde y pénètre de 7 centimètres et la cavité parait spacieuse.

Afin de préciser le diagnostic, dilation du col avec l'éponge préparée.

Le doigt rencontre au fond et un peu à droite de la cavité utérine, une tumeur irrégulière, molle, ayant les dimensions d'une noisette et insérée sur une large base; raclée avec la curette, elle se montre composée au microscope d'anses vasculaires, d'utricules glandulaires et de tissu conjonctif, sans aucun élément suspect.

Le traitement consiste en grattage de la muqueuse, suivi d'injections phéniquées concentrées, puis iodées et étendues.

Après quelques semaines de bonne santé, la malade est reprise de métrorrhagies.

Au-dessus de l'orifice interne, le doigt heurte contre une tumeur molle, de la grosseur d'une noix, qui s'insère largement sur le fond de l'utérus; sa nature sarcomateuse est relevée par le microscope.

Dans l'impossibilité de l'atteindre par les voies naturelles, Müller en pratique l'extirpation par la gastrotomie. Au moyen de la sonde préalablement introduite dans l'utérus, le fond de ce dernier est pressé contre la ligne blanche au-dessus de la symphyse, puis la cavité abdominale est ouverte sur une étendue de 8 centimètres, au-dessous du brouillard phéniqué. Une anse d'intestin

grêle qui se trouvait entre la paroi abdominale et le fond de l'utérus est lésé vers son bord mésentérique et refermé avec le catgut comme la sonde ne suffit pas pour faire saillir l'utérus au-dehors; on passe à travers le fond de l'organe deux fils dont l'anse sert à attirer l'utérus.

Le clamp déjà mentionné est appliqué autour du segment inférieur utérin et deux ligaments, puis le fond de l'organe est amputé en laissant les ovaires.

Mueller s'aperçoit alors que la section a été alors opérée dans des tissus malades, il excise et cautérise tous les tissus suspects du moignon, enfin il réunit par quelques points de suture le reste de la plaie.

Le clamp peut être enlevé le quinzième jour après l'opération.

Sarcome de l'utérus et des deux ovaires. Hystérotomie. Mort. Par Kleberg (d'Odessa).

Dans l'espace d'un an et demi, développement d'une tumeur en-dehors du petit bassin, qui atteignait jusqu'à l'appendice xiphoïde. A l'opération, utérus et ovaires se trouvent confondus dans une énorme tumeur englobant à droite la paroi du bassin, ainsi que l'artère et la veine iliaque. Cette dernière se rompt lorsqu'on essaie de la détacher de la tumeur, et on la lie après une énorme perte de sang. La ligature élastique est passée sous la tumeur comme dans les autres cas et montre là encore ses propriétés essentiellement hémostatiques. Après 48 heures, mort de la malade. Conduite de l'opération et bandage comme dans les cas précédents

Ovariotomie et hystérotomie consécutive.

(Communiquée par M. le docteur Lucas-Championnière).

Labarthe Renau (Pauline) 40 ans.

Ovariotomie faite le 20 juin 1876. Longue opération, durée 4 heures.

Au cours de l'opération après ponction d'un kyste contenant 19 litres de liquide, adhérences très nombreuses, je constate que l'utérus qui au toucher avait paru distinct et mobile est fondu

avec l'ovaire gauche, j'enlève la tumeur en totalité sectionnant le col de l'utérus et enlevant aussi l'ovaire droit malade.

Pédicule fait avec le serre-nœud de Cintrat, douleurs vives après l'opération.

Cependant la malade ne se refroidissait pas et l'aspect n'était pas absolument mauvais.

A cinq heures du matin, 15 heures après l'opération, mort subite dans une syncope.

Ovariotomie et hystérotomie consécutive.

(Communiquée par M. le docteur Lucas-Championnière).

Mme G. 38 ans, opérée à Chatou, le 22 décembre 1877.

Etat général bon, tumeur abdominale depuis 7 ou 8 ans, peu volumineuse avec une ascite considérable survenue depuis un an et demi. Elle a subi deux ponctions dont la dernière en août.

Le liquide s'est rapidement reproduit. La malade est sujette à des douleurs intolérables qui lui font désirer ardemment l'opération. Diagnostic : tumeur solide de l'ovaire gauche ayant des connexions tellement intimes avec l'utérus qu'il nous paraît, avant l'opération, presque certain que l'hystérotomie sera nécessaire.

Dans l'opération, faite le samedi 22 décembre 1877, la tumeur gauche qui présente de nombreuses adhérences avec les organes voisins a eté enlevée avec tout le corps de l'utérus. Le pédicule assez large, fait avec le ligateur Cintrat, a été placé dans l'angle inférieur de la plaie. Opération antiseptique a duré un peu moins de deux heures.

La malade souffre peu et la réaction se fait rapidement ; car le soir, à 10 heures, son pouls est à 100; sa température 37,4.

La journée du lendemain est excellente.

Le 23 au soir, pouls 100, température 37,7.

Le 24, journée moins bonne, car la malade a vomi un peu de lait pour l'avoir pris en trop grande abondance. Malgré cela, à 8 heures du soir, pouls 128, température 37,8; j'avais été déjà frappé de ce pouls aussi rapide avec une basse température.

Le 25, un peu d'agitation, calmée par une injection de morphine. Le pouls est petit, à 120, et le soir la température monte à 39.

Le 26, la malade paraissait plus calme, mais dans la journée elle

est prise brusquement de phénomènes de tympanisme, dyspnée, vomissements, pouls très mobile et dépressible ; ces accidents s'aggravent dans la journée, je fais une ponction capillaire et l'évacuation de l'estomac contenant 3 litres de liquide accumulés.

A partir de cet instant le bien-être est très remarquable, les vomissements ne reparaissent pas, mais le pouls très petit et très variable vers 10 heures du soir, dépasse 140, température 40.

La malade s'endort

Elle s'éveille le 27 vers 7 heures du matin, sans avoir eu de nouveaux vomissements, le ventre n'est pas ballonné et la respiration est anxieuse, elle a 2 ou 3 syncopes coup sur coup et meurt.

L'examen anatomique de la tumeur a démontré que c'était d'un épithélium (Malassez).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION...
CHAPITRE I. — Définition. — Division du sujet...............
CHAPITRE II. — Historique.................................... 13
CHAPITRE III. — Indications.................................. 16
CHAPITRE IV. — Statistique.................................. 35
CHAPITRE V. — De l'hystérectomie au point de vue opératoire. 38
PIÈCES JUSTIFICATIVES.. 68
SECTION I. — Observations d'hystérectomies pratiquées pour des corps fibreux.. 68
SECTION II. — Observations d'hystérectomies pratiquées pour des tumeurs fibro-cystiques 123
SECTION III. — Observations d'hystérectomies pratiquées pour des tumeurs cancéreuses.. 137

Paris. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.